POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty	ROCZNIK PIERWSZY	1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej, sąsiedniej części nosa i lewego worka łzowego, z samodzielnem wyleczeniem [1]).

Napisał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Chory, dymisyonowany lekarz wojskowy, p. P., mający lat 67, zjawił się u mnie 22 czerwca r. 1897 z następującymi objawami chorobowymi.

Lewa powieka górna i sąsiednia część nosa były posiane drobnymi wrzodami, odznaczającymi się brudno-szarem dnem i brzegami podkopanymi, zazębionymi, jakby powyżeranymi.

---

[1]) Artykuł powyższy zasługuje na szczególną uwagę ze względu na rzadkość przypadku znakomicie postrzeganego, żałować tylko wypada, że nie wykonano badania bekteryologicznego, a zwłaszcza doświadczenia na króliku lub morśwince celem potwierdzenia rozpoznania. *W.*

Wrzody były powierzchowne, z wyjątkiem dwóch: jednego na powiece około otworu nadoczodołowego (foramen supraorbitale), przenikającego do okostnej, drugiego na boku nosa, mniej głębokiego, nie dochodzącego do okostnej. Dno i brzegi wszystkich wrzodów były miękkie, nieco bolesne przy ucisku, z nieznaczną wydzieliną surowiczą, tworzącą w kilku miejscach strupy. Powieka obrzękła, lecz miękka, brzeg jej wolny odwinięty (ectropium).

W bliskości kąta wewnętrznego oka lewego spostrzegało się okrągłe i miękkie nabrzmienie, zajmujące okolicę worka łzowego i przedstawiające w swoim obrębie przetokę, w której ukazywały się łzy i krople rzadkiej ropy. Nabrzmienie nie było bolesne ani samodzielnie, ani przy ucisku, pokryte skórą prawidłową i wogóle nie przedstawiało żadnych objawów zapalnych. Łzawienie nie istniało ani wówczas, ani poprzednio.

Gruczoły sąsiednie i dalsze nie były obrzmiałe; gorączka w ciągu choroby nigdy nie miała miejsca.

Oprócz wymienionych objawów chory przedstawiał ślady przebytej jaglicy, w postaci blizn na spojówce powiek obu ócz, zmętnień na lewej rogówce i zrostów spojówki (symblepharon) w wewnętrznym kącie oka lewego; w oku tem istniało poprzednio zawinięcie rzęs (trichiasis), wskutek którego chory musiał od czasu do czasu wyrywać sobie rzęsy. Stan ten, jak widzieliśmy, zmienił się w ciągu choroby na odwrotny, mianowicie na odwinięcie powieki.

Właściwości wrzodów i charakter ropy, sączącej się z przetoki łzowej, nasuwały rozpoznanie gruźlicy. Wprawdzie brzegi wrzodów nie przedstawiały szarawych gruzełków prosówkowych, lecz wiemy, że gruzełki te nie zawsze mogą być spostrzegane, gdyż ulegają szybkiemu rozpadowi, powiększając sobą wrzód. Zazębienie brzegów wrzodów wskazywało, że gruzełki musiały poprzednio tu istnieć, gdyż zazębienia wytwarzają się wskutek rozpadu gruzełków.

Rozpoznanie gruźlicy potwierdzało się wykluczeniem wszelkich innych podobnych spraw chorobowych powieki. Owrzodzenia przy płaskim raku skórnym (ulcus rodens) przedstawiają różowe, błyszczące dno, podobne do ziarniny; dno

twarde, otoczone twardym brzegiem albo guzowatym wałem, który następnie zwykle rozszerza się.

Wilk powstaje w dzieciństwie lub w wieku dojrzałym, bardzo rzadko w starości; w większości przypadków rozszerza się na skórze symetrycznie. Wrzody odznaczają się czerwonem dnem, łatwo krwawiącem, otoczonem sino czerwoną obwódką; w okolicy wrzodów widzimy charakterystyczne plamki albo grudki i blizny.

Wrzody przy kile guziczkowej i pryszczowej posiadają dno zagłębione, brzegi twarde, jakby ścięte, zazębione i wystające nad powierzchnię skóry; otoczone są obwódką miedzianej barwy i pokryte grubą żółtawą warstwą nalotu. Występują jednocześnie z innymi objawami kiły i zwykle wywołują obrzęknięcie sąsiednich gruczołów.

Wrzody, powstałe z kilaków, są obszerne, odznaczają się nierównem, głębokiem dnem i podkopanymi czerwonymi brzegami.

Nie może być mowy w danym przypadku o pierwotnym wrzodzie kiłowym, który zwykle bywa jedynym i przedstawia twarde dno i brzegi.

W końcu co do kiły musimy dodać, że chory stanowczo twierdzi, iż nigdy jej nie przechodził, a ponieważ jest lekarzem, trudno byłoby przypuścić, że kiła przebiegła u niego niedopatrzoną.

Cierpienie worka łzowego było również niewątpliwie pochodzenia gruźliczego. Brak objawów zapalnych i drożność przewodu noso-łzowego wykluczały zapalenie worka. Wygląd przetoki był również inny, niż spostrzegany zwykle przy tem zapaleniu, mianowicie przetoka była dość szeroka i przedstawiała brzegi czerwonawe i podkopane. Prawidłowy stan górnej szczęki i przestrzeni nosowych i brak obrzmienia gruczołów wyłączały przypuszczenie złośliwego nowotworu. O przepuklinie mózgu (encephalocele) nie mogło być mowy przy zjawieniu się cierpienia w starości.

Chory jest wysokiego wzrostu, miernej budowy, źle odżywiony. Na gruźlicę dotąd nie chorował; w rodzinie, o ile wie,

również jej nie spostrzegano. Płuca i inne narządy nie przedstawiają zboczeń, wskutek czego opisane cierpienie gruźlicze należy uważać za pierwotne; nie myślę, żeby miało początek w okostnej górnego brzegu oczodołowego, co możnaby przypuścić z przenikającego do okostnej wrzodu, gdyż żadne objawy zapalenia okostnej nie występowały w ciągu całego spostrzeżenia.

Dowiedziałem się od chorego, że cierpienie swoje zauważył od kilku tygodni i że się już zwracał o radę do kol. Dembowskiego, który na naradzie z kol. Hłasko zaproponował mu operacyę, lecz rozpoznania swego nie powiedział. Później dowiedziałem się od rzeczonych kolegów, że ich rozpoznanie zgadzało się w zupełności z mojem. Chory stanowczo wymówił się od wszelkiego zabiegu operacyjnego i, zwracając się do mnie, prosił jedynie, aby mu przepisać coś antyseptycznego. Wskutek tego przepisałem roztwór 0,02% sublimatu dla stosowania w postaci przymoczki rozgrzewającej, lecz uprzedziłem, aby wiele nie liczył na ten środek i za kilka dni pokazał się, gdyż prawdopodobnie wypadnie uciec się do energiczniejszego leczenia.

Jednak chory zjawił się dopiero po 11 miesiącach, mianowicie 19 maja 1898 r. Wrzody górnej powieki i nosa były różowawe, pokryte ziarniną; powieka, wolna od obrzęku, była nieco skrócona; odwinięcie brzegu znikło. Przetoka worka łzowego zagoiła się, wytworzywszy głęboką bliznę, worek zarósł, powstało łzawienie, którego poprzednio nie było. Oprócz wymienionego roztworu sublimatu, chory żadnych środków lekarskich nie używał.

W kilka miesięcy później pokazałem chorego w Towarzystwie lekarskiem wileńskiem na posiedzeniu 24 października r. 1898. Górna powieka i sąsiednia część nosa były pokryte bliznami; jedynie tylko wrzód głęboki około otworu nadoczodołowego nie w zupełności był zagojony i zrastał się z okostną. Na nosie w miejscu głębokiego wrzodu znajdowała się wciągnięta wewnątrz blizna, nieprzyrośnięta do kości. Na brzegu powieki, w bliskości wewnętrznego kąta oka utworzyła się

szczelina, podobna do kolobomatu wrodzonego, jako skutek skurczenia się blizn w tem miejscu. Górna powieka jest skrócona, lecz przy zamykaniu zakrywa, z dolną, gałkę oczną, z wyjątkiem małego wewnętrznego odcinka.

W obrębie worka łzowego w miejscu, w którem przedtem znajdowała się przetoka, utworzyła się głęboka blizna, nieprzyrośnięta do kości. Powstało łzawienie oka lewego wskutek zamknięcia worka łzowego.

Blizny na powiece i na nosie są gładkie, miękkie i, z wyjątkiem dwóch wymienionych, powierzchowne; nie są one podobne do pozostających po wrzodach kiłowych albo po wilku i po płaskim raku skórnym, lecz takie, jakie mogą być wytworzone przez wrzody gruźlicze.

Koledzy na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, tak ci, co widzieli chorego w pierwszym okresie cierpienia, jak również inni, którzy ujrzeli go po raz pierwszy, jednomyślnie uznali, że choroba, która miała tu miejsce, mogła być tylko gruźlicą.

Oprócz opisanych objawów powstał w tym czasie nowy, dotąd niespostrzegany, mianowicie znieczulenie rogówki i spojówki gałki lewego oka i znaczne osłabienie czułości skóry czoła w obrębie lewego nerwu nadoczodołowego (n. supraorbitalis), skóry lewej powieki górnej i sąsiedniej części nosa. Przypuszczam, że osłabienie czułości skóry czoła zależy od ucisku nerwu nadoczodołowego przez wymienioną głęboką bliznę, zrośniętą z okostną. Odpowiedni objaw na skórze powieki i nosa jest wywołany prawdopodobnie przez ucisk bliznami zakończeń nerwów nadbloczkowego, podbloczkowego i nosoworzęskowego (n. naso-ciliaris). Znieczulenie rogówki i spojówki może zależeć od cierpienia tego ostatniego nerwu, z którego powstają korzeń długi (radix longa sensitiva) i nerwy rzęskowe długie (nn. ciliares longi), zaopatrując gałkę oczną w gałązki nerwowe czuciowe, podobnie jak to spostrzegamy przy półpaścu, przy którym cierpienie gałki ocznej i znieczulenie rogówki i spojówki występują najczęściej przy wysypce na sąsiedniej części nosa, oznaczającej cierpienie nerwu nosoworzęskowego.

Stan ogólny chorego pozostał bez zmiany.

W ciągu kilku następnych tygodni zagoił się w zupełności ostatni wrzód, znajdujący się około otworu nadoczodołowego, i odtąd żaden nowy objaw chorobowy nie powstał, co pozwala uważać cierpienie za ukończone.

Oprócz roztworu sublimatu, który stosował pacyent w ciągu kilku miesięcy, żaden środek leczniczy nie był używany. Rzecz naturalna, że i 0,02% roztwór sublimatu, przepisany na życzenie chorego, nie mógł mieć najmniejszego wpływu na przebieg cierpienia. Wyleczenie nastąpiło samodzielnie.

Opierając się na wyglądzie klinicznym wrzodów, przebiegu choroby, właściwościach blizn i wykluczeniu innych podobnych cierpień, uważam za dowiedzione istnienie w przypadku opisanym gruźlicy pierwotnej powieki i worka łzowego. Nie dokonano wprawdzie badania bakteryologicznego, gdyż nie było dlań materyału z przyczyny wstrętu, jaki powziął chory, po propozycyi operacyi, do wszelkiego zabiegu, mającego cień podobieństwa do niej, lecz możemy tem się pocieszyć, że w znacznej części przypadków badanie to nie wykazuje przy gruźlicy swoistych laseczników i że objawy kliniczne i przebieg cierpienia dostatecznie wyjaśniają rozpoznanie.

Przypadek opisany jest rzadkim z umiejscowienia sprawy chorobowej na powiece i w worku łzowym i ze szczęśliwego zakończenia. Cierpienie nie przeszło na gałkę oczną, nie stało się ogólnem, lecz znikło bez leczenia, bez polepszenia odżywiania, pomimo, że pacyent cały czas choroby przebył w mieście.

Gruźlica skóry została dokładnie poznaną dopiero w ostatnich czasach; na powiekach rzadko ją widziano. Kaposi[1]) od r. 1879 do 1898 spostrzegał w swej klinice 22 przypadków gruźlicy skóry (18 u mężczyzn, 4 u kobiet), wśród których nie było ani jednego na powiekach. Chorzy byli w wieku od lat 12 do 60; u 18 cierpiały płuca lub krtań, u 1 kiszki, w 3 przypadkach choroba była pierwotną na skórze.

---

[1]) Archiv für Dermatologie und Syphilis. XLIII u. XLIV B. Festschrift gewidmet F. I. Pick. I. Theil, S. 373. 1898.

W podręcznikach okulistyki, nawet obszernych, nie ma mowy o gruźlicy powiek; jedynie w najnowszych dziełach lub czasopismach możemy znaleźć o niej wzmianki. Bach[1]) zaznacza w ogólnych słowach, że spostrzegał gruźlicę na powiekach w trzech postaciach, mianowicie na skórze, jako rozlane cierpienie chrząstki i, bardzo rzadko, jako chalazion; mógł on w kilku przypadkach poprzeć rozpoznanie swoje doświadczalnie, przenosząc cząstki tkanki chorej do komórki przedniej królików i wywołując w ten sposób gruźlicę u tych zwierząt.

Tangl[2]) znalazł w kilku gradówkach laseczniki Kocha i na tej podstawie wypowiedział zdanie, że wszelkie chalazion jest utworem gruźliczym. Zdanie to zostało wkrótce odparte przez Deutschmanna[3]) i Weiss'a[4]). Doświadczenie wykazało, że przeniesienie do komórki przedniej królika cząstek świeżo wyłuszczonego chalazion nie wywoływało gruźlicy nawet wtedy, gdy chalazion pochodziło od suchotnicy, kiedy tymczasem w drugim przypadku szczepienie królikowi cząstki gruczołu lymfatycznego, serowato zwyrodniałego, od dziecka z zołzami, wywołało gruźlicę tęczówki.

W każdym razie nie możemy zaprzeczyć, że w niektórych, rzadkich przypadkach, chalazion przedstawia wytwór gruźlicy, podobnie jak w innych, także rzadkich, kiły.

Silex[5]) spostrzegał gruźlicę obu powiek oka lewego u sześcioletniego dziecka. Znalazł laseczniki i rozpoznanie poparł przeszczepieniem na królika z dodatnim skutkiem. Przy obojętnem leczeniu (przemywanie roztworem kwasu borowego) i pobycie na wsi nastąpiło wyleczenie; dolną powieka pozostała zniekształconą, górna zachowała postać prawie zupełnie prawidłową.

---

[1]) Archiv für Augenheilkunde. XXVIII B., S. 36. 1894.

[2]) Beiträge zur path. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Bd. IX. 1890.

[3]) Beiträge zur Augenheilkunde. Heft. II, S. 109. 1891.

[4]) Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. Juni 1891. S. 206.

[5]) Berliner medicinische Gesellschaft. Sitzung vom 20 Februar 1895 (w »Berliner klin. Wochenschrift«. Nr 9, 1895, str. 195).

Schmidt-Rimpler[1]) spostrzegał u piętnastoletniego chłopca pod skórą dolnej powieki prawej zgrubienia podobne do chalazion; spojówka tej powieki, znacznie obrzmiała i zaczerwieniona, była pokrytą małymi żółtawymi guziczkami, podobnymi do torebek jaglicowych. Nabrzmienie gruczołów na prawej stronie szyi i gruczołu przyusznego prawego, który następnie przedstawiał ropienie i owrzodzenie. Żadnych innych objawów gruźlicy u chorego, ani też dziedziczności nie było. Wyłuszczono guziczki podskórne i spojówkowe, przysypano rany obficie jodoformem i pokryto opaską sublimatową; wewnątrz stosowano kreozot. Nastąpiło wyleczenie. Rozpoznanie potwierdzono badaniem bakteryologicznem i przeszczepieniem na królika cząstek guziczków.

W przypadku Sureau[2]) u 13-stoletniego chłopca na skórze górnej powieki prawej, nieco niżej otworu nadoczodołowego, utworzył się, po uderzeniu tego miejsca, ropień, który został przecięty, lecz długo nie goił się. Wystąpiły objawy podrażnienia mózgowego. Gdy znaleziono w ropie laseczniki Kocha, po szerokiem przecięciu skóry dokonano wyskrobania górnej ściany oczodołu. Odtąd zaczęły znikać objawy chorobowe i nastąpiło zupełne wyleczenie. W danym przypadku tedy ropień gruźliczy powieki był skutkiem gruźlicy sklepienia oczodołu.

Podobny przypadek zapalenia gruźliczego okostnej i kości oczodołu opisał Mazet[3]).

Również rzadko spostrzega się zapalenie gruźlicze worka łzowego. Schmidt-Rimpler[4]) wzmiankuje jedynie tylko, że worek może ulegać temu cierpieniu. W najnowszym czasie Rochon-Duvigneaud[5]) opisał przypadek, w którym gru-

---

[1]) Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wien 1898. Str. 474.

[2]) Société d'ophtalmologie de Paris. Séance du 13 octobre 1896. (Recueil d'ophtalmologie, octobre 1896, p. 612).

[3]) Marseille Médical, juillet 1898.

[4]) Op. cit., str. 475.

[5]) Archives d'ophtalm., juin 1898, p. 391.

źlica dotknęła nie sam worek łzowy, lecz wywołała ropień z przodu worka, wskutek czego tętnica kątowa (arteria angularis), końcowa gałęź tętnicy twarzowej (a. facialis), znalazła się na powierzchni ropnia. Autor zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze tego szczegółu: przy cierpieniu worka łzowego tętnica ta nie może być podniesioną przez nabrzmiałość, lecz pozostaje więcej na przodzie, jest zaś podniesioną przez sprawę chorobową, mającą początek we wschodzącem apophysis lub w okostnej tegoż, t. j. w tkankach, leżących więcej z przodu, niż worek łzowy.

Rokowanie gruźlicy powiek i wogóle skóry zależy od odżywiania ogólnego i stanu narządów wewnętrznych. Kaposi w 12 przypadkach z 22 spostrzegał śmiertelne zejście, w 10 pozostałych, w których widziano polepszenie, śmierć mogła nastąpić później. Według Kaposi'ego gruźlica pierwotna skóry, bez powikłania ze strony innych narządów, daje często wyleczenie pod wpływem odpowiednich środków, lub nawet samodzielnie.

Jako leczenie stosowano zabiegi operacyjne dla wydalenia ognisk chorobowych, używając w tym celu noża, łyżeczki ostrej albo żegadła. Wielki wpływ wywiera ogólne leczenie wzmacniające i usilne odżywianie. Korzystnie działają środki przeciwgruźlicze, jak kreozot i gwajakol. Hebra i inni przypisują dobry skutek tiosinaminie. Autorowie amerykańscy zaznaczają swoiste jej działanie na keloidy i stare blizny (przy stosowaniu wewnętrznem po 0,06 dziennie, powiększając do 0,20 gr., lub podskórnem trzy razy tygodniowo po 12—18 miligr. roztworu 0,50 tiosinaminy na 25 gramów gliceryny i 25 gramów wody). Środek ten mógłby być użytym przeciw bliznom, wytworzonym przez gruźlicę skóry.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Przyczynek do zachorzeń dnawych (artrytycznych) oka.

Podał

Bolesław Wicherkiewicz.

Wogóle skąpe są nasze wiadomości, dotyczące rzeczywistego związku pomiędzy dną prawdziwą, czy to ostrą czy też przewlekłą a chorobami ocznemi, jeżeli wykluczymy przypadki, które rzekomo na dnie mają polegać, ale w których badanie ścisłego takiego związku nie wykazało. Mąż tak doświadczony na polu praktycznej okulistyki, jako też biegły w teoryi i w literaturze przedmiotu, jakim jest Foerster, powiada w znakomitem swem dziele »Allgemein-Leiden u. Veraenderungen des Sehorgans«[1]): »Viel weniger als über den Zusammenhang von Augenleiden mit Rheumatismus laesst sich über deren Combination mit Gicht sagen... Aus eigener Erfahrung ist mir darüber nichts bekannt u. die von Hutchinson mitgetheilte reiche Casuistik bezieht sich wohl nur auf ąrthritis gonorrhoica oder rheumatismus, nicht auf podagra u. der sich aus demselben entwickelndem chronischen Gicht. i t. d.«

Już więcej przywiązuje wagi do takiego związku Schmidt-Rimpler, który, opracowawszy za przykładem Foerstera stosunek chorób ogólnych do ocznych w dziele, w zeszłym numerze »Postępu« omówionem[2]), zaczyna artykuł swój odnośny od słów: »die aelteren Autoren haben besonders das Auftreten des Glaukoms auf Gicht zurückgeführt u. daher auch die Bezeichnung Ophthalmia arthritica auf diese Krankheit angewandt. Es ist hier viel übertrieben worden, wenngleich gelegentlich allerdings ein Zusammenhang mit Gicht nicht abzuweisen ist«.

---

[1]) Graefe-Saemisch, Handb. der ges. Augenheilkunde, t. VII, p. 159).

[2]) Die Erkrankungen des Auges i t. d.« na str. 390 i n.

Wogóle panuje pod tym względem pewien zamęt, a lubo zaprzeczyć nie można, że najrozmaitsze choroby w pewnych razach albo wskutek dny powstać, albo przez nią, gdy na innej powstały podstawie, odrębne przyjąć mogą znamiona, to niewątpliwie często dnę obwiniają autorzy, nie mogąc innej znaleść przyczyny cierpienia ocznego. Nie będę wyliczał tych chorób, którym chciano nadać podstawę dnawą, odsyłając pod tym względem czytelnika do przytoczonego powyżej dzieła Schmidt-Rimplera, chciałbym natomiast zwrócić uwagę na chorobę oczną, niewątpliwie, jak badanie wykazało, a leczenie potwierdziło, na dnie powstałą, a przytem, o ile literaturę pamięcią ogarniam, dotychczas nie spostrzeganą, lub, jeżeli spostrzeganą, pod inną może nazwą opisaną.

Pani X., 40-stoletnia, otyła osoba, o wyglądzie nieco skrofulicznym, przybyła do mnie 25 stycznia r. z. z powodu zmiany, jaką spostrzegła na prawem oku przed dziesięciu dniami. Zmiana ta wystąpiła po dwudniowych ogólnych dolegliwościach, a zwłaszcza dolegliwościach w członkach i bólu, objawiającym się przeważnie w oku samem. Z ogólnych chorób nie przypomina sobie żadnej ważniejszej.

Badanie oka wykazało, co następuje: Z kącika zewnętrznego prawego oka wyziera pomiędzy powiekami wyniosłość pęcherzykowata wielkości większej fasoli, gubiąca się nieznacznie poza zewnętrznym kącikiem, a linią lekko łukowatą odgraniczona od góry i dołu; pokrywa właśnie mięsień prosty zewnętrzny i kończy się ostro przy samym brzegu rogówkowym, obejmując mniej więcej $^1/_6$ obwodu rogówkowego. Pęcherz ten, dość wyniosły, przesuwalny do pewnego stopnia i przeświecający, zdaje się najściślej być złączonym swą podstawą ze ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego. Przeświecając przy bocznem oświetleniu, można dostrzedz kilka zlewających się kropeczkowatych ściślejszych zmętnień żółtoszarych, jakby piaskowych, tak na przedniej ścianie tego pęcherza, jako też przy samym brzegu rogówkowym, ale na wewnętrznej powierzchni tej wyniosłości umiejscowionych. Żyły tak powierzchowne spojówki, jako też głębsze (mięśniowe) w obrębie tej wyniosłości

nieco silniej nastrzyknięte, ale całe zresztą otoczenie, jako też gałka nie przedstawiają żadnych zboczeń.

Dotyk zaledwo słabe sprawia dolegliwości, a głównie chora skarży się na zawadzanie, przypisywane wysuwaniu się wyniosłości spojówkowej w szparę powiekową, a dalej odgrywają niemałą rolę względy kosmetyczne.

Ruchy gałki nie były wcale upośledzone, silne jedynie zwrócenie gałki na wewnątrz staje się nieprzyjemnem. Wzrok nie różni się niczem od dobrego wzroku lewego oka.

Rozpoznanie tego objawu chorobowego budziło rzadkością swą niemałe zajęcie. Na razie trudno było orzec, z czem mamy do czynienia. Przeciw *wągrowi* przemawiało i powstanie objawu wśród ogólnej niemocy i nie dość ścisłe ograniczenie pęcherza, a przedewszystkiem wynik przeświecania, przy którem nie mogłem stwierdzić ani ruchów, ani też żadnych wnętrzniaka części, zwłaszcza sysaka, lub szyi. Nie mogła także być ta wyniosłość *torbielem spojówkowym*, powstającym przez pęknięcie twardówki i wydobycie się częściowe ciałka szklistego, które następnie się otorbia, gdyż o urazie nie wspominała chora, ani też gałka nie przedstawiała żadnych onegoż śladów i znamion. Można było jeszcze myśleć o tak zwanym *„dakryops“* czyli torbielu łzowym, powstającym przez zarośnięcie jednego z przewodów wydzielniczych gruczołu łzowego. Wiadomo, że po takiem zarośnięciu, spowodowanem czy to urazem, czy sprawą zapalną, płyn łzowy, zbierając się za zarostem, rozpycha przewód, który odłączywszy się od całości, stanowi potem zbiornik osobny torbielowaty. — Jednakowoż zbiorniki takie torbielowate zazwyczaj umiejscowione są więcej w górno-zewnętrznej części worka spojówkowego, znacząc się wyniosłością części górnej powieki, dalej jeżeli nie są przyrodzone, to do ich powolnego powstawania przyczynia się uderzenie lub skaleczenie, a to, jak rzekłem, musieliśmy wykluczyć. Za cóż więc uważać ową wyniosłość ograniczoną, przeświecającą spojówki gałki?

Okoliczność, że pęcherz ów umiejscowiony był przy samem ścięgnie mięśnia, nasuwała mi myśl, czy nie mam do czynienia

z rozszerzeniem częściowem przestworu Tenona, z rodzajem torebki maziowej (bursa synovialis), otaczającej przyczepy mięśni. Wprawdzie wyraźnie takich torebek u człowieka anatomowie nie przyjmują, ale słusznie, zdaniem naszem, powiada Motais[1]): »Ces alternatives incessantes d'enroulements, de déroulement, de tension, de plissements, ne pouvaient exister sans bourses séreuses. C'est pourquoi la capsule bulbaire enveloppe l'extrémité préligamenteuse des muscles droits chez tous les vertébrés. Elle ne varie que dans le degré de son développement, proportionell a l'étendue et la fréquence des mouvements oculaires«.

Stosunek przyczepów mięśni prostych gałki do błony Tenona, względnie powłoczki Bonneta, nie jest, zdaniem mojem, przez anatomów dość ściśle oznaczony.

Landolt i Eperon w rozprawie: »Anomalies des mouvements des yeux«[2]) wyrażają się tak: »pour pouvoir s'insérer sur le globe oculaire, les quatre muscles droits sont obligés de traverser la cupule que lui forme l'aponévrose de Tenon. Ils ne la perforent pas, à proprement parler ils la dépriment en doigt de gant, et se trouvent ainsi invaginés par cette aponévrose qui les accompagne jusqu'à leur insertion antérieure«. W takim razie oczywiście nie możnaby myśleć o komunikacyi przestworu torebki Tenona z pochewkami mięśni. Wdrążenia czyli wpochwienia ścięgien mięśni prostych łączyłyby się z t. zw. jamą czyli komorą oczodołową.

Nieco odmiennie przedstawia rzecz Schwalbe[3]), powiada bowiem: »Die Sehnen der Augenmuskeln müssen, um zur äusseren Flaeche der Sclera zu gelangen, den Tenon'schen Raum durchsetzen. Dies geschieht der Art, dass die Fascien der Augenmuskeln, welche nach dem Bulbus zu immer ansehnlicher werden, in die Tenon'sche Fascie umbiegen. Man kann also davon

---

[1]) Anatomie de l'appareil moteur de l'oeil de l'homme et des vertébres p. 266.

[2]) Traité complet d'ophthalmologie par L. de Wecker et E. Landolt. T. III. p. 768.

[3]) Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane. Erlangen 1887, p. 223.

reden, dass die Tenon'sche Fascie an diesen Stellen von den genannten Sehnen durchbohrt wird, der Art, dass erstere Fortsetzungen auf die Oberflaechen der Augenmuskeln entsendet, welche zu deren Fascien werden (gaines musculaires). Meist ist die dem Augapfel zugekehrte Seite dieser Muskelscheide mit der Sehne verwachsen, die entgegengesetze durch einen feinen Spaltraum von der Sehne getrennt, welcher Spaltraum vermuthlich mit dem Tenon'schen Raume communicirt«.

Przyjmując anatomiczny stosunek, przez Landolta i Eperona przedstawiony, według którego zatem łączyłyby się pochewki ścięgien mięśni prostych z komorą oczodołową, trudno byłoby zrozumieć wytworzenie się przy ścięgnie mięśniowem pęcherza, napełnionego płynem surowiczym lub mazistym, gdy komora oczodołowa, mieszcząca w sobie mięśnie oczne, żyły oczne i główne pnie nerwów ruchu i pierwszej gałęzi trójdzielnego, napełniona jest przedewszystkiem tkanką tłuszczową.

Polegając zaś na przedstawieniu rzeczy Schwalbego, łatwo zrozumieć, że w pewnych warunkach przestwór torebki Tenona wraz z zawartością jej rozszerza się w stronę sąsiednich przestworków, łączących się z tamtym.

Może ten stosunek nie należy do reguły, a jest raczej wyjątkowym. Należałoby to przez ścisłe badanie anatomiczne stwierdzić. Może wyjątkowy ten stan zachodził i w naszym przypadku, a wypadałoby wykazać, na jakiej podstawie przyszło w danym przypadku do rozszerzenia i zmian chorobowych tej torebki, będącej poniekąd częścią torebki Tenona?

Złogi, objawiające się na ścianie, kazały się domyślać, że mamy do czynienia ze złogami mineralnemi. Przypuszczając u chorej skłonność gośćcową (reumatyczną), przepisałem na razie salophen i założyłem opaskę gliceryno-taninową, wysuszającą. Gdy atoli w dwa dni później żadnej zmiany na oku dostrzedz nie mogłem, a chora jej także nie odczuwała, poddałem ostatnią ściślejszemu badaniu. Najprzód wydobyłem po kokainowaniu sikawką Prawaza część zawartości pęcherza. Przedstawiała się ona surowiczo-mazistą, zbyt atoli małą była ilość wydobyta, by ją można było poddać rozbiorowi chemicznemu. Mocz

przedstawiał według rozbioru prof. Stopczańskiego następujące własności: oddziaływanie kwaśne, ciężkość gatunkowa 1.030, mocznik zwiększony słabo, kwas moczowy zwiększony, fosforany zwiększone. W osadzie kryształki szczawianu wapniowego liczne, a także kryształki kwasu moczowego liczne. W wieczornym moczu, tegoż dnia do badania wziętym, o ciężkości gat. 1.020, były moczany w znaczniejszej ilości.

Badanie Roentgen'owskie rąk wykazało wybitne zgrubienie nasad członków palców, zwłaszcza kciuka. Wobec tego, a zwłaszcza wobec złogów prawdopodobnie artrytycznych na wewnętrznej ścianie pęcherza, przypuszczałem podstawę cierpienia dnawą. Zaznaczyć mi jeszcze wypada, że już w kilka dni po pierwszem badaniu chorej i na lewem oku także przy kąciku zewnętrznym w odpowiedniem prawemu miejscu wystąpiło podrażnienie, nabieg wodnisty lekki, występujący widoczniej przy poruszeniu powiek o gałkę.

Przepisałem ciepłe suche okłady, a wewnętrznie obok środków przeczyszczających piperacynę po 1—2 gr. dziennie w Bilińskiej wodzie.

Od tego czasu widocznie nabieg podspojówkowy lewego oka i pęcherz prawego zaczęły zmniejszać się, owe złogi na ścianie pęcherza prawego oka znikały, a w przeciągu dwóch tygodni, jak mąż chorej ustnie mi donosił, wszelkie objawy i dolegliwości miały były zupełnie zniknąć. Żałowałem, że nie mogłem stwierdzić sam, o ile używanie środków przepisanych wywierało dalszy dobry skutek, zwłaszcza, o ile owe złogi, tak widoczne przy przeświecaniu, pod wpływem leczenia ustępowały.

Chora i później nie mogła osobiście się przedstawić, ale doniesiono mi, że stan jej oczu nie pozostawiał nic do życzenia.

Możnaby, jak w wielu innych przypadkach, i tutaj mieć pewne wątpliwości, czy rzeczywiście dna była powodem cierpienia ocznego. To, co za dną przemawia, nietyle jest rozbiór moczu, ile raczej poprzedzające wytworzeniu się pęcherza i złogów w nim, ogólne usposobienie chorobowe, a przedewszyst-

kiem skuteczność leczenia obok wyniku badania Roentgen'owskiem przeświecaniem.

Nie wątpię też, iż dna, tak głęboko wnikająca w ustrój ludzki, częściej występuje, aniżeli to zazwyczaj przyjmujemy i aniżeli przytoczeni na wstępie autorzy na to się zgadzają. Brak ścisłego badania, brak pochwytnych nieraz objawów lub zatarcie obrazu chorobowego przez inne objawy są często tego powodem. Nie przeglądając, bo brak mi na razie na to czasu, protokołów mych chorych, nie umiałbym dokładnie twierdzić, w ilu, i w jakich przypadkach z całą ścisłością dnę o zaburzenia chorobowe oczne posądzić lub jej podstawę oznaczyć miałem sposobność. Przypominam sobie atoli obok ograniczonego zapalenia twardówki (scleritis tuberosa migrans) jako często pochodzenia dnawego także i zapalenie rogówki miąższowe (keratitis sclerosans) u 70-cioletniego obywatela wiejskiego z typowymi napadami podagry. W tym przypadku długotrwałe zapalenie rogówki, jako też napady podagry dały się usunąć uregulowaniem dyety, gimnastyką leczniczą, a wewnętrznie podawanem colchicum, obok środków miejscowo stosowanych, przez ciepłe okłady, środki zwężające, używane naprzemian z rozszerzającymi źrenicę. Przy przestrzeganiu wszelkich przepisów chory, którego miałem sposobność w ciągu dwóch lat ponownie widywać, nie podlegał nawrotom.

Sądzę też, że w niejednym przypadku o tak zwanej »ciemnej etyologii« kryje się dna, której i okulista, chcąc przyczynowo leczyć, przeoczyć nie powinien. Że badanie moczu nie daje nam pod tym względem rękojmi, o tem wszyscy wiemy dokładnie. Pewniejszych wyników spodziewać się można po badaniu krwi, a genialne odkrycie Roentgena najpewniejsze oddaje nam pod tym względem usługi.

Z pojęciem dny łączymy pojawienie się moczowego kwasu we krwi, względnie moczu. Wiadomo jednak, że kwas moczowy zachodzi tam, gdzie są wybitne objawy dny, ale i tam, gdzie tych objawów zupełnie nie ma. — Z tego wynikałoby, że kwas moczowy właściwie pod względem etyologicznym nie odgrywa ważnej roli. Za tem przemawia dna

klas niższych ludności, wypływająca ze zupełnie odmiennych etyologicznych warunków, aniżeli dna ludzi w dobrych żyjących stosunkach, wśród których wielu napotykamy sybarytów. Niewątpliwie usposobienie moczanowe jest objawem zaburzenia trawienia. Błędy dyetetyczne, mianowicie nadużywanie wyskokowych napojów, takowe wzmaga, a nieraz żadne leki nie usuwają choroby, gdy przytem dyeta nie bywa należycie uwzględnianą; ona zaś sama może często cierpieniu kres położyć. Wiadomo także, że zbytnie wysiłki fizyczne, wrażenia moralne wskutek zaburzeń odżywienia cierpienie wywołać lub przynajmniej takowe wzmagać mogą. Tak więc uregulowanie właśnie stosunków dyetetyczno-hygienicznych głównem być winno zadaniem, od którego spełnienia zależeć będzie często wynik naszego leczenia specyalistycznego.

III. STRESZCZENIA.

Przyczynek do histologii ran rogówkowych, powikłanych opadnięciem ciałka szklistego. Dr. Karol Brudzewski (Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1898).

Aby uzupełnić pewne braki w wiadomościach, jakie posiadamy o histologii ran rogówkowych powikłanych wypadnięciem ciała szklistego, podjął Dr. B. szereg doświadczeń na królikach, którym wypuszczał soczewkę z oka, robiąc cięcie rogówkowe nożem Graefego i wycinając szeroko i dobrzeżnie tęczówkę. Po wypuszczeniu soczewki rozcinał cystotomem tylną torebkę i pozwalał ciału szklistemu wypaść przez rankę. Następnie wyjmował w ten sposób operowane oczy kolejno po upływie 24, 48, 72 godzin i t. d., coraz to później, aby módz badać drobnowidowo rankę operacyjną w różnych okresach jej gojenia się. Na podstawie całego szeregu takich badań dochodzi autor do następujących wniosków, które sam streszcza na końcu swej pracy:

Ciało szkliste opadłe do ranki nie bierze czynnego udziału w tworzeniu blizny, lecz organizuje się jak skrzep zapomocą nowej tkanki z otoczenia wytworzonej.

Pierwszą czynnością regeneracyjną jest pojawienie się przy-

błonka, pod którego osłoną cały proces regeneracyjny się odbywa. Do wypływu ciała szklistego dołącza się prawie stale wgłobienie się w rankę tęczówki lub torebki soczewkowej.

Wypadnięcie ciała szklistego do rany nie przeszkadza wcale tworzeniu się blizny, lecz przedłuża czas gojenia się ranki i nie wywołuje widocznego wrastania tkanki łącznej do środka gałki.

Wyniki te uzyskane u królików można, zdaniem autora, przenieść bez zastrzeżeń na pole patologii oka ludzkiego, Jedyna różnica polega na tem, że sprawa gojenia się przebiega u człowieka zazwyczaj nieco prędzej dzięki należycie założonemu opatrunkowi, pod którym brzegi ranki lepiej do siebie przylegają, a tem samem mniej ciała szklistego mieszczą między sobą. Ponieważ po trzech dniach cała wystająca przez ranę część ciała szklistego z reguły odpada, dlatego odcinanie jej bezpośrednio po wypływie uważa Dr. B. za zabieg zbyteczny, — zwłaszcza, że nie ciało szkliste, ale tęczówka wgłobiona równocześnie w rankę lub torebka soczewki ma najczęściej być tą drogą, po której zakażenie w głąb oka się dostaje. — Pracę Dra B. zdobi tablica chromolitograficzna, przedstawiająca odnośne obrazy drobnowidowe.

Dr. K. W. Majewski.

Beiträge zur Lehre von der Pupillenbewegung. Prof. Dr. L. Laqueur (»Arch. f. Augenheilk.«. 1898. XXXVIII. II. Z.).

W pracy tej podaje autor kilka cennych spostrzeżeń, wzbogacających nasze wiadomości o mechanizmie ruchów źrenicy, a rozpoczyna rzecz od rozbioru działania środków zwężających źrenicę, w szczególności fizostygminy. Po zapuszczeniu kropli roztworu tego alkaloidu źrenica zaczyna się zwężać, wnet jednak znowu się rozszerza, ale nie dochodzi już do pierwotnej rozwartości. Po pewnej chwili zwieracz znów się kurczyć poczyna, tym razem mocniej niż poprzednio, poczem jeszcze raz daje się zauważyć słabe rozszerzenie źrenicy. I to się powtarza kilka razy, przyczem skurcz zwieracza coraz bardziej przeważa, aż wreszcie otwór źreniczny trwale i zupełnie się zwęża. Podobnie »schodkowato« narasta skurcz akomodacyi po zapuszczeniu ezeryny, co można stwierdzić dokładnem badaniem wzroku, kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu wykonanem. Przeciwnie pod wpływem atropiny zarówno rozszerzenie źrenicy, jak i porażenie akomodacyi dochodzą do szczytu, wzmagając się powoli, ale zupełnie jednostajnie.

Kurczliwość zwieracza źrenicy jest niezmiernie wielka i przewyższa wielekroć przeciętną kurczliwość innych mięśni gładkich ustroju, a tem bardziej wszelkich mięśni prążkowanych. Zważywszy, że po zapuszczeniu ezeryny średnica otworu źrenicznego wynosi

nieraz zaledwie 1 mm, a atropina z drugiej strony może ten jej wymiar doprowadzić do 9 mm, łatwo rachunkiem wykazać, że zwieracz, posiadający w stanie zupełnego rozkurczu przeszło 28 mm długości, skraca się przez skurcz na 3,14 mm, czyli do $^1/_9$ pierwotnej długości! Nie o wiele mniejszą różnicę w rozwartości źrenicznego otworu można sprowadzić w stanie fizyologicznym bez użycia środków farmakodynamicznych, a tylko przez kolejne oświetlanie oka jaskrawym blaskiem i pogrążanie w zupełną ciemność, — zwłaszcza u osobników młodych. Rzecz godna uwagi, że nawet kilkomiesięczne porażenie zwieracza źrenicy, wywołane i podtrzymywane częstem atropinowaniem, nie upośledza bynajmniej tej jego znakomitej kurczliwości, bo po odstawieniu atropiny można, zapuściwszy ezerynę, wywołać zarówno energiczny, jak dawniej, skurcz źrenicy. Że skurcz ten nie obejmuje jednolicie całego mięśnia, lecz, że zwężenie źrenicy jest następstwem równoczesnego skurczu całego wieńca okalających ją wrzecionowatych komórek mięśniowych, które mogą też popadać w stan czynny z osobna i niezależnie od siebie, — na to najlepszym dowodem jest utrzymana kurczliwość źrenicy po urazowem przedarciu zwieracza, po operacyjnem wycięciu kawałka tęczówki lub wreszcie przy częściowem unieruchomieniu brzegu źrenicznego przez tylne lub przednie przyczepiny.

Powołując się na prace Julera, Gabrielidesa i Grunerta, oświadcza się autor stanowczo za istnieniem mięśnia rozszerzającego źrenicę, a jako dowód jego umiejscowienia w tylnych warstwach tęczówki przytacza prócz nowszych badań histologicznych także fakt, że po rozszerzeniu źrenicy znika bez śladu czarny rąbek barwikowy, widoczny przy średniej jej rozwartości. Gdyby rozwieracz źrenicy leżał w przednich warstwach tęczówki, to rąbek ten powinienby się wtedy tem bardziej wywinąć.

Na końcu swej pracy opisuje prof. L. kilkakrotnie spostrzegany przez siebie tężec zwieracza źrenicy, występujący czasami bezpośrednio po wykonaniu irydektomii. Po wycięciu dość szerokiego nawet kawałka tęczówki, wytworzona szpara ulegała natychmiastowemu zaciśnięciu tak, że w pierwszej chwili nie można było w tęczówce dostrzedz żadnego ubytku. Dopiero po kilku minutach brzegi szpary zaczynały się powoli rozchylać. Zjawisko to przypisuje autor tężcowemu skurczowi zwieracza, wywołanemu bodźcem mechanicznym, jaki stanowi uchwycenie tęczówki szczypczykami, zwłaszcza, jeśli tęczówka jest choćby cokolwiek zapalnie podrażnioną.

Dr. K. W. Majewski.

Experimentell-bacteriologische Studien zur Lehre von der sympathischen Ophthalmie. Dr. Alfred Moll in Berlin (Centralblatt f. Augenheilkunde. Grudzień. 1898).

Mimo olbrzymiej literatury, jaką się sprawa zapalenia współczulnego może poszczycić, wiele jeszcze brakuje do jej zupełnego wyświetlenia. Za punkt wyjścia dla swych poszukiwań obrał autor tezę Schmidt-Rimplera, wedle której podrażnienie nerwów rzęskowych oka skaleczonego wywołuje na drodze odruchowej zaburzenie w krążeniu i w odżywieniu oka drugiego, a przez to budzi w oku tem »skłonność« do zapalenia współczulnego, ale nie sprowadza samej zapalnej sprawy, która wybucha dopiero po zadziałaniu bodźca zapalnego, czy to chemicznej, czy ustrojowej natury. Doświadczenia swe wykonywał Dr. M. na królikach w sposób następujący: W głębokiej narkozie wprowadzał do przedniej komory jednego oka przez rankę, zadaną rogówce nożem grotowym, mały kawałeczek wyżarzonej blaszki miedzianej i wbijał ją w tęczówkę. Po pewnej chwili wstrzykiwał królikowi do żyły usznej pół cm. sześciennego czystej bulionowej kultury pewnego charakterystycznego prątka (micrococcus pyocyaneus), dającego się z łatwością rozpoznać po zielonem zabarwieniu, jakie nadaje pożywce. W 24 godzin po tej podwójnej operacyi wypuszczał autor przy pomocy wyjałowionych cewek ciecz wodną z przedniej komory obu oczu i poddawał ją badaniu bakteryologicznemu. W pewnej części doświadczeń do podrażnienia oka nie używał blaszki miedzianej, lecz przypalał rogówkę kamieniem piekielnym. Z 36 królików, użytych do tych doświadczeń, 14 zginęło przedwcześnie pod wpływem wszczepionego jadu, zanim zdołano zebrać ciecz wodną do zbadania; wiadomo zaś, że badanie bakteryologiczne, przedsiębrane po śmierci, nie jest w tym wypadku miarodajnem. Z pozostałych 22 królików u 17 (t. j. 77,3$^0/_0$) wyhodowano z cieczy wodnej obydwóch oczu charakterystyczne kolonie, barwiące agar na zielono. Badanie krwi, wziętej ze serca, dawało w tych przypadkach również wynik dodatni. Nakoniec u 5 królików (22,7$^0/_0$) ciecz wodna okazała się obustronnie jałową, ale u tych zwierząt badanie krwi, wziętej ze serca, wypadło też ujemnie. Widocznie w przypadkach tych ustrój zdołał wcześnie i zwycięsko uporać się ze zakażeniem. Z 20 innych królików, które służyły za świadków, którym zatem wstrzykiwano tylko zarazek do żyły, nie tykając jednak wcale oka — 7 zginęło przed czasem, z pozostałych 13 u 3 tylko (23,1$^0/_0$) znalazł się micrococcus pyocyaneus w cieczy wodnej, a u reszty (76,9$^0/_0$), mimo wielkiej obfitości prątków we krwi, ciecz wodna okazała się obustronnie jałową. Dodatkowo próbował M. u 5 królików wpływu pozagałkowego prze-

cięcia nerwu wzrokowego i nerwów rzęskowych na los oka sąsiedniego. We wszystkich jednak przypadkach ochronne działanie tego zabiegu zupełnie zawiodło, z czego autor wysnuwa wniosek, że neurotomia optico-ciliaris u królika, podobnie jak u morskiej świnki (Boucheron) nie wystarcza, aby przerwać całkowicie ów łuk nerwowy, który pośredniczy w odruchowem wywołaniu zmian naczyniowych i odżywczych w oku sąsiedniem. W doświadczeniach swych widzi Dr. M. dowód, że, ażeby te odruchowe zmiany naczyniowe i odżywcze przeszły w zapalenie współczulne, potrzebne jest działanie bodźca zapalnego, jakim może być w danym razie zakażenie ogólne; przytacza spostrzeżenia kliniczne, ogłoszone w literaturze, a potwierdzające to zapatrywanie i radzi w razie grożącej sympatyi zwracać baczniejszą uwagę na stan ogólny chorego, a w szczególności badać jego krew bakteryologicznie. *Dr. K. W. Majewski.*

Obecny stan naszych wiadomości o nadnerczach i ich czynnościach. Radziejewski. (»Berl. klin. Wochenschrift«. Nr 26. 1898).

Autor okulista zajmował się sprawą powyższą w pracowni farmakologicznego zakładu prof. Liebreicha w Berlinie, a przedstawiwszy stan wiadomości naszych co do nadnerczy pod względem anatomii, patolog. anatomii, chemicznych badań, podaje wynik własnych dochodzeń doświadczalnych i dołącza uwagi fizyologiczne.

1ccm. roztworu wodnego 10%-owego wyciągu podnosi ciśnienie krwi, tętno zwalnia. Po uprzedniem podaniu atropiny lub przecięciu błędnego, zwolnienia tętna nie ma. Ciśnienie krwi podnosi się także po przecięciu mlecza pacierzowego szyi, a zatem zniszczeniu ośrodka wasomotorycznego, po zniszczeniu rdzenia przedłużonego i całego rdzenia. Z tego wynika, że środek ten działa obwodowo na naczynia, co łatwo stwierdzić doświadczalnie: po porażeniu ośrodka naczynioruchowego przez chloral, czynność serca można znowu podnieść nawet po pięciu minutach przez wyciąg nadnerczy.

Działanie miejscowe: Już Bates w Nowym Jorku (»Med. Journ.«) zaznaczył, że po wpuszczeniu jednej kropli 10%. roztworu do oka, spojówka staje się zupełnie bladą, i to już po minucie. Bladość przez godzinę się podtrzymuje. Nie rozszerza źrenicy i nie poraża akomodacyi.

Praktycznie daje się zużyć ta bladość dla leczenia zapaleń, połączonych ze silnem przekrwieniem, dla lepszego rozwinięcia działania atropiny lub eseryny, dla wykazania zmian patologicznych (pryszczyki spojówki, zapalenie twardówki).

Wskutek zwężenia mięśni naczyniowych krwiotoki bywają słabsze przy operacyach. *W.*

L'extrait de capsule surrénale. Son emploi dans la thérapeutique oculaire. Hallot (»These de Paris«. 1898).

W Hôtel-Dieu pod okiem Panas'a doświadczał autor wyciągu nadnercza, a z licznych bardzo spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków: 1. Wyciąg nadnercza jest barwotwórczym samoistnie i pod wpływem rozmaitych odczynów. 2. Podnosi ciśnienie krwi i zwęża naczynia obwodowe. 3. Wstrzyknięty do żył działa silnie trująco.

I pyrokatechina posiada te same własności, ale w mniejszym znacznie stopniu. Własności pyrokatechiny wypływają z połączenia z istotą jeszcze nieokreśloną, prawdopodobnie toksyną. To połączenie, bardzo łatwo ulegające utlenieniu, należy do klasy fermentów rozpuszczalnych. Działanie naczyniozwężające wyciągu nadnercza może z korzyścią być zastosowane: przy przekrwieniach spojówki, w zapaleniach rogówki naczyniowych (kératites vasculaires) jako środek hemostatyczny przy krwawieniu z naczyń włosowatych, wreszcie, aby umożebnić znieczulenie kokainą na oczach zapalonych. Działanie tego środka jest obojętne lub wprost szkodliwe w innych zastosowaniach (Według »Revue générale d'ophth«. 1898. 8).

W.

Wirkung subconjunctivaler Kochsalzinjectionen bei Chorioiditis in macula. Dr. R. Burri. Basel (»Zeitschrift für Augenheilkunde. Heft 1).

Leczenie chorioiditis in mac., polegające na wcieraniach szaruchy, poceniu się, podawaniu jodu, ciemnicy, uległo zmianie od czasu, kiedy Reymond i Secondi, a szczególnie Darier wprowadzili do terapii zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu. Gdy jednak doświadczono, że nie sublimat, ale sól kuchenna, do rozczynu dodawana, jest głównie środkiem leczniczym, zaczęto jedynie stosować zastrzykiwanie słabych 2—4—10⁰/₀. rozczynów soli. Rozczyny takie bowiem, działając jako lymphagogum, przyspieszają wessanie i wydalenie wytworzonych sprawami patologicznemi wytworów.

Aby dać obraz dodatnich skutków leczenia chorioiditis in mac. temi zastrzykiwaniami, opisał autor szczegółowo 7 przypadków, w których nie tylko wzrok naosiowy, ale i pole widzenia uległo znacznej poprawie. Postępowanie jest następujące: Po znieczuleniu 2⁰/₀-ową kokainą wstrzykuje się pomału pełną sikawkę Prawaza poprzednio wyjałowionego płynu, poczem chory winien przez 4 godziny pozostać w łóżku. Zastrzykiwania robi się codziennie, a ogólna ilość ich może dochodzić do 40. a nawet 60., odczyn bowiem po każdorazowem wstrzyknięciu jest bardzo słaby i szybko ustępuje.

Dodatnią cechą jest jeszcze i to, że wstrzykiwania soli, działając tylko miejscowo na gałkę i jej otoczenie, a nie na cały ustrój, dadzą się zastosować u osób nawet najbardziej osłabionych.

Łuniewski.

Ein Fall von luetischer Chorioiditis disseminata combinirt mit Retinitis haemorrhagica an einem Auge. Prof. Dr. A. Wagemann in Jena (»Die ophthalmologische Klinik.« Nr. 2. 1899).

U 40stoletniego chorego, który już raz przeszedł tylko na lewem oku Chorioiditis diss. luetica wystąpiło w 4 lata później zapalenie naczyniówki po raz drugi na obu oczach, przyczem na lewem także obwodowa Retinitis haemorrhagica w górnym zewnętrznym kwadrancie w okolicy rozgałęzień art. temp. sup.

Zdaniem autora krwotoki siatkówkowe nie były spowodowane zapaleniem naczyniówki ani zakrzepem pnia art. temp. sup., ani też embolią, gdyż perimetr nie wykazywał odpowiedniego braku w polu widzenia, jak również dalej żyły byłyby więcej pokręcone i rozdęte, ale były objawem zadziałania jadu luetycznego wprost na naczynia siatkówkowe. Wskutek tego przyszło do endarteriitis i phlebitis; zmiany zaś zapalne w ścianach tętnic i żył doprowadziły do zaburzeń w krążeniu, mianowicie do częściowych zastoin i przepuszczalności ścian. Dalej, że dotyczyło to tylko naczyń, a nie samej siatkówki, dowodzi, że siatkówka przedstawiała lekkie tylko zachuchanie.

Przypadek ten byłby podobny do opisanych przez Leber'a, gdyby nie to, że tamte dotyczyły osób młodych, u których nie można było wykazać ani kiły, ani wady serca, ani zmian naczyniowych. Retinitis haemorr. w następstwie zmian, jakie kiła wywołuje w naczyniach, należy do rzadkości. Przypadki, opisane przez Haaba, Ammanna, Magnusa, Raehlmanna, Seggel'a, o tyle różnią się od podanego przez autora, że w żadnym nie było równocześnie Chorioiditis diss. Najwięcej podobieństwa patogenetycznego przedstawiałby przed 2 laty przez autora opisany przypadek zaburzenia krążenia w jednej z gałęzi art. cent. z równoczesną chorioiditis aequat. u chorego kiłowego z wybitną miażdżycą tętnic. W tym przypadku jednak nie było krwotoków siatkówkowych.

Na zakończenie wspomina autor jeszcze o *keratitis marginalis* na tle zmian kiłowych, która, jego zdaniem, polega także na specyficznem schorzeniu siatki naczyń, okalających rogówkę. Formą przypomina ona takież zapalenia, zachodzące przy innych chorobach ogólnych, jak miażdżycy tętnic, cukrzycy, dnie i chorobach wątroby.

Łuniewski.

Zur Beeinflussung des prodromalen Glaucoms durch die Accomodation. Dr. O. Lange (»Die Ophthalmologische Klinik«. Nr. 1. 1899).

C. Hess na kongresie w Heidelbergu w 1897 r. wyjawił zdanie, że akt akomodacyi ma korzystny wpływ w okresie zwiastunowym jaskry. W dyskusyi nad tem Sattler przytoczył przypadek, w którym chory przez czytanie zdolny był opanować poczynający się napad. Podobny przypadek, przez dłuższy czas przez siebie spostrzegany, opisuje Lange. Chory, u którego L. stanowczo stwierdził zwiastuny jaskry, w ten sposób przerywał objawy tejże, że starał się czytać jak najdrobniejszy druk. Sprzeciwiałoby się to doświadczeniom C. Hessa, który dowiódł, że skurcz mięśnia rzęskowego w oku zdrowem nie wpływa na ucisk śródoczny, autor jednak sądzi, że w oku dotkniętem jaskrą skurcz mięśnia rzęskowego, spowodowany przez miotica, i skurcz fizyologiczny, zachodzący przy akomodacyi, wywierają na nieco wzmożone napięcie w okresie zwiastunowym obniżające działanie. *Łuniewski.*

Erkrankung der inneren Augenhäute durch die Einwirkung grosser Sonnenhitze. Ein Betriebs-Unfall? Dr. G. Brandenburg (»Aerztliche Sachverständigen-Zeitung«. Nr. 2. 1899).

Jeżeli wpływ zaziębienia na powstawanie chorób ocznych odzyskał dziś jako czynnik etyologiczny dawne znaczenie, którego mu przez czas pewien uporczywie odmawiano, to co do działania nadmiernego gorąca, w szczególności skwaru słonecznego, zbyt mało istnieje ścisłych spostrzeżeń, aby związek tego szkodliwego czynnika z cierpieniami narządu wzrokowego należycie wyświetlić. Tem cenniejsze jest każde nowe doświadczenie w tym kierunku. Dr. B. przytacza naprzód dwa odnośne spostrzeżenia, ogłoszone w r. 1893. przez prof. Wicherkiewicza[1]). Pierwsze z nich dotyczy 9-cioletniego chłopca, drugie 49-cioletniego mężczyzny. U obydwu pod wpływem udaru słonecznego wystąpiły: ból i zawrót głowy, ćmienie przed oczyma, podwójne widzenie, spowodowane niedowładem poszczególnych mięśni ocznych, ścieśnienie pola widzenia i obniżenie bystrości wzroku, — przy braku wszelkich zmian wziernikowych. Prof. W. słusznie, zdaniem autora, przypisuje objawy te zaburzeniom mózgowych czynności i podnosi, że, jeśli w literaturze zrzadka tylko znachodzą się wzmianki o ocznych objawach, występujących po udarze słonecznym, to dzieje się to tylko dlatego, że wtedy zazwy-

---

[1]) »Ueber den verderblichen Einfluss des Sonnenlichtes auf das Auge«. Inter. Klin. Rundschau. Nr. 1. i 2. 1893.

czaj objawy ogólne, o wiele groźniejsze, zajmują przedewszystkiem, a nieraz wyłącznie uwagę lekarza. Następnie podaje Dr. B. własne spostrzeżenie ciężkiego, tym razem organicznego cierpienia oczu, wywołanego działaniem nadmiernego skwaru słonecznego. U 69-cioletniego rolnika wystąpiło wśród ciężkiej pracy w polu, podczas niezmiernie wielkiego upału, prawie nagłe pogorszenie wzroku. Badanie wykazało: Vpo = palce na 1 m, Vlo = palce przy oku. Wziernikiem stwierdzono: Neuroretinitis oc. utr., która w dalszym przebiegu doprowadziła do zaniku nerwów wzrokowych. Żadnej przyczyny ogólnej nie można było dla tego zapalenia wykazać, mimo sumiennego poszukiwania. Ani kiły, ani cukrzycy, ani jakiejś choroby nerek lub serca, ani jakiegokolwiek zboczenia nerwowego, tak samo żadnego przewlekłego zatrucia — chory nie okazywał. Nie nadużywał wyskokowych napojów, ani tytoniu. Jedynie zatem podeszły wiek mógł tu odegrać rolę czynnika usposabiającego, podczas gdy wpływ upału należy uważać w tym przypadku za czynnik wywołujący cierpienie. Dla lekarza, mającego wydawać orzeczenia w sprawach ubezpieczeń od wypadku, spostrzeżenie wyżej opisane ma naturalnie pierwszorzędną doniosłość. Nakoniec przytacza autor z literatury kilkanaście podobnych przypadków zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego w następstwie udaru słonecznego i podnosi, że Schmidt-Rimpler cierpienie to spotykał także u robotników zajętych w hutach i u palaczy okrętowych, którzy zmuszeni są pracować przy niezmiernie silnym ogniu. *Dr. K. W. Majewski.*

Ueber das Vorkommen der acuten Pneumokokken-Conjunctivitis. Dr. Junius (»Zeitschrift für Augenheilkunde«. Heft I. 1899).

Badania Kocha, Weeks'a, Guaspariniego, Morax'a, Uhthoffa, Axenfelda stwierdziły, że zapalenia spojówki, znane pod nazwą ogólną conjunctivitis simplex, spowodowane są drobnoustrojami. Wszystkie jednak usiłowania, aby dla pojedynczych zarazków wyszukać odpowiednie rozpoznawcze znamiona, oprócz niektórych godnych uwagi spostrzeżeń, pełzną na niczem. Da się to tem wytłomaczyć, że nie każdy zarazek musi wywołać odpowiednią postać, gdyż zależy to od jego żywotności, od odporności osobnika i od innych dotąd nieznanych wpływów. Nie trzeba również zapominać, że pojawianie się drobnoustrojów przywiązane jest do pewnych miejscowości, jak n. p. bacillus Koch-Weeks'a nigdzie w Niemczech, z wyjątkiem Hamburga, nie był stwierdzony.

Badania bakteryologiczne autora, wykonane w 60 wypadkach, wykazały 49, polegających na zakażeniu pneumokokami, i to w 39 samymi pneumokokami Fränkel-Weichselbauma, w 18 te-

miż w połączeniu ze staphylokokkami i xerobacillami. Obraz kliniczny przedstawia się następująco: zazwyczaj choroba rozpoczyna się na jednem oku (dopiero w 1—8 dni przechodzi na drugie) łzawieniem, spojówka powiekowa lekko zaczerwieniona, a nastrzykanie spojówki gałkowej i rzęskowe zaznaczone. Dopiero na drugi dzień obok miernego nabrzmienia górnej powieki zaczerwienia się silnie spojówka powiekowa, a nastrzykanie rzęskowe i spojówki gałkowej staje się wyraźne. Objawy te w następnych dniach wzmagają się, najpóźniej jednak w 6 dniu zaczynają się zmniejszać. Charakterystycznymi są także małe kropeczkowate wybroczyny na spojówce gałkowej, które pojawiają się w 2—3 dni i zajmują przeważnie górną połowę. Mimo silnego nastrzykania rzęskowego nie zauważył autor nigdy zajęcia rogówki. Co do wieku (w 49 przypadkach 36) to chorobie podpadają osoby młode od 3—16 lat, rzadziej starsze. Wszystkie te przypadki leczył autor kalomelem, lekkiem tuszowaniem arg. nitr. i okładami z hydr. oxycyan.

Wkońcu wysnuwa autor ze swoich spostrzeżeń wniosek, że zapalenie spojówek, wywołane pneumokokkami, jest bardzo częstą chorobą, prawdopodobnie endemiczną, i że należy we wszystkich pojawiających się ostrych zapaleniach ocznych przeprowadzać ścisłe badania bakteryologiczne. *Łuniewski.*

Ueber intraoculare Pseudoneoplasmen nach Cataractextraction. Dr. Bistis. Konstantynopol. (»Die ophth. Klinik« N-r 24, 1898).

U 65-cioletniego operowanego, około 5-go tygodnia po operacyi, spostrzegł autor guz, usadowiony w przednim odcinku gałki, przypłaszczony, okrągławy, jasnożółty, wychodzący jakoby z okolicy ciała rzęskowego. Ciałko szkliste zmętnione, zresztą dno prawidłowe. T zdawał się być raczej obniżony. Guzek ten w niespełna 2 miesiące znikł zupełnie.

Do dziś dnia znanych jest w literaturze, razem z podanym przez autora, 9 takich przypadków. Pojawiają się one między 2. a 12. tygodniem po operacyi, a rokowanie bywa dobre, gdyż giną bez śladu w 2. do 8. tygodni. Co jest przyczyną tych rzekomych nowotworów, — niewiadomo, a autor zbija teorye Groenouwa Haaba i Lindemanna i twierdzi, że gra tu rolę zakażenie przez rankę operacyjną, wskutek czego przychodzi do wysięku surowiczowłóknikowego z naczyń rzęskowych; zmętnienie zaś ciałka szklistego przemawia za zakażeniem [1]. *Dr. Łuniewski.*

---

[1]) Niewątpliwie mamy w takich razach do czynienia z ograniczoną sprawą zapalną, prowadzącą do powoli rozwijającego się wysięku, jakto

Zur Kenntnis der sogenannten expulsiven intraocularen Blutungen. Doc. Dr. S. S. Golowin z Moskwy. (Die ophthalmologische Klinik, Nr. 1. i 2. 1899).

Autor spostrzegał dwa przypadki krwotoku naczyniówkowego w klinice okulistycznej prof. Maklakowa w Moskwie. W pierwszym powstał krwotok natychmiast po wydobyciu zaćmy u 66-cioletniej wieśniaczki, — w drugim u 50-cioletniej kobiety po rozcięciu rogówki sposobem Saemischa z powodu rozległego wrzodu, połączonego z nagromadzeniem się ropy w przedniej komorze. Ten ostatni przypadek jest o tyle ciekawy, że natychmiast po dokonaniu cięcia, pod wpływem niewidzialnej vis a tergo, wyskoczyła z oka soczewka, uległszy w zbyt ciasnej rance znacznemu spłaszczeniu, przyczem kąty ranki zostały nieco naddarte, a tuż za nią wytrysło ciało szkliste. Nie czekając dłużej, założono opatrunek, który po upływie pół godziny przesiąkł krwią. Przy zmianie opaski znaleziono w rance wypadnięte wewnętrzne błony oczne, pokryte krwawymi skrzepami. Jest to pierwszy znany w literaturze przypadek krwotoku naczyniówkowego po keratotomii. Wypadłe części poddał autor szczegółowemu badaniu anatomicznemu, które wykazało jako przyczynę krwotoku częściową utratę warstwy śródbłonkowej i zwyrodnienie ścian tętnic i żył naczyniówkowych.

Dr. K. W. Majewski.

Beitrag zur Therapie und Prophylaxe der expulsiven Hämorrhagie bei der Staarextraction. Dr. C. Peirone z Turynu. (Archiv. f. Augenheilk. 1898. II.).

Do rzadkich na szczęście, ale najgroźniejszych może powikłań, zdarzających się podczas operacyi zaćmy, należy niewątpliwie krwotok śródgałkowy, prowadzi on bowiem z reguły do utraty oka. Dlatego skrzętnie należy notować każdy nowy sposób, jakim kiedykolwiek udało się zażegnać grożące i przewidywane niebezpieczeństwo takiego krwotoku lub przynajmniej ograniczyć jego rozmiary. Autor opisuje dwa przypadki z kliniki frankfurckiej, w których przyszło do krwotoku naczyniówkowego i utraty operowanego oka i w których prof. Peschel zdołał, operując później drugie oko, zapobiedz szczęśliwie powtórzeniu się takiego nieszczęścia. W obu

sami w kilku przypadkach przekonać się mogliśmy. Przyczyną zaś takiego wysięku może być silniejsze obrażenie części ciała rzęskowego w czasie operacyi. Bistis powiada wprawdzie o swym przypadku, że przebieg tak operacyi jako też i gojenia był prawidłowy, ale nie opisuje wyglądu wziernikowego, gdy »endliche Sehschaerfe mit geeigneten Glaesern« wynosiła tylko $^1/_6$, co stanowczo nie odpowiada wysokości przeciętnej po prawidłowej operacyi zaćmy niepowikłanej. *W.*

przypadkach obwinia autor o wywołanie krwotoku wybitną, ogólną miażdżycę tętnic. W pierwszym z nich, u 75-cioletniej kobiety natychmiast po wypuszczeniu soczewki wystąpił gwałtowny ból, brzegi rany rozwarły się szeroko i mimo, że z zewnątrz oko żadnego nie doznawało ucisku, ciało szkliste, jakby jakąś siłą wypierane, w dość znacznej ilości wydostało się na zewnątrz, a równocześnie ukazał się w głębi ciemnoczerwony odblask. W następnej chwili fala krwi pojawiła się w ranie i utworzyła natychmiast zbity skrzep. Założono wilgotny opatrunek sublimatowy i zalecono bezwzględny spokój. Opatrunek trzeba było często zmieniać, bo ustawicznie krwią przemakał. Trzeciego dnia odcięto wystającą z rany krwawą masę, a badanie drobnowidowe wykazało, że w skład jej wchodziły: ciało rzęskowe, siatkówka i naczyniówka, pokryte i porozdzielane skrzepami krwi. Przez dwa tygodnie trwał krwawy wypływ, poczem oko przeszło powoli w zanik i utraciło do reszty poczucie światła.

W kilka miesięcy później zgłosiła się chora z dojrzałą już zaćmą na drugiem oku. Prof. Peschel, chcąc odwrócić powtórną, a bardzo prawdopodobną katastrofę, wybrał postępowanie, które okazało się zbawiennem: Naprzód rozciął tylko torebkę igiełką dyscysyjną, nadając cięciu kształt litery N i sięgając niem o ile możności jak najgłębiej w miąższ soczewki. Ciecz wodna, wnikając przez szeroki otwór obficie między warstwy soczewki, zamienia w takich razach w ciągu kilku dni nawet twarde jądro na półpłynną masę. To też i tu po tygodniu wystarczyło krótkie, prostolinijne cięcie, wykonane w rogówce nożem grotowym, aby wypuścić bez trudu rozmiękłą soczewkę. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Po dwóch miesiącach bystrość wzroku przy użyciu odpowiednich szkieł wynosiła $^{6}/_{12}$, przyczem operowana czytała najdrobniejszy druk Snellena.

W drugim zupełnie podobnym przypadku uciekł się prof. Peschel do tego samego sposobu, aby uchronić drugie oko przed smutnym losem, jakiemu uległo oko najpierw operowane, a skutek był, równie jak w pierwszym przypadku, pomyślny. Zapobiegawczą wartość tego przezornego postępowania przypisuje autor tej okoliczności, że krótkie cięcie prostolinijne, zwłaszcza przy skośnem prowadzeniu noża przez warstwy rogówki, znacznie mniej obniża napięcie gałki, niż szerokie cięcie płatowe, które pozwala brzegom rany za lada uciskiem szeroko się rozchylić.

Dr. K. W. Majewski.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Association of American Physicians. 13. kongr. w Waszyngtonie. 3—5 maj. 1898.

W sprawie błędów w różniczkowem rozpoznawaniu kiły, a gruźlicy zdaje sprawę Dr. Janeway. Podaje kilka własnych przypadków, uważanych za gruźlicę, gdy w rzeczy samej rozchodziło się o kiłę. Młody człowiek od dawna leczony był w lecznicy dla suchotników bez najmniejszego skutku. Tymczasem J. odkrył zapalenie wątroby i inne objawy kiły, a zapoczątkowane leczenie przeciwkiłowe najpomyślniejsze odniosło wyniki.

W innym przypadku przy częstej gorączce, potach i bólach w górnej prawej części klatki piersiowej podejrzywano gruźlicę płuc i wysłano chorego do lecznicy klimatycznej. Później wystąpiła przetoka w miejscu bolesnem klatki piersiowej, a badanie zgłębnikiem wykazało zachorzenie dwóch żeber. Leczenie przeciwkiłowe usunęło wszelkie objawy. W podejrzanych przypadkach przypuszczać wypada kiłę, jeżeli się wyraźne objawy chorobowe gruźlicy nie zjawiają.

Atkinson zwraca na to uwagę, iż w ciemnych przypadkach nieraz kiła jest podstawą cierpienia. Leczył on majtka z powodu uporczywego kaszlu. W płucach nie mógł A. żadnych odkryć zmian wybitnych; również nie znalazł w plwocinie prątków gruźliczych, ale natomiast stwierdził powiększenie wątroby i białkomocz z wałeczkami nerkowemi. Z powodu gorączki przypuszczał ropień wątroby, ale nie mógł go, pomimo ponownych usiłowań, wykazać. Skłaniano się następnie do przypuszczenia malaryi, ale poszukiwania w tym kierunku nie dały również podstawy do ścisłego rozpoznania. Gdy teraz prawe jądro zaczęło nabrzmiewać, przepisano, mimo, że chory do kiły się nie przyznawał, jodek potasu. Już po kilku dniach gorączka ustępowała, a przeprowadzone leczenie ściśle przeciwkiłowe zupełnie chorego postawiło na nogi.

Referent niniejszego sprawozdania z własnego doświadczenia mógłby cały szereg przytoczyć przypadków, gdzie przez lata całe leczono na rzekomą gruźlicę, gdy przypadkowo występujące cierpienie oczne pozwoliło właściwą oznaczyć cierpienia naturę. Niechaj mi wolno będzie jeden przypadek w krótkości naznaczyć. Przed 15 laty zgłosiła się do mnie w Poznaniu pacyentka 30-stoletnia z porażeniem mięśnia prostego odwodzącego oka lewego. Wywiady wykazały, iż chora od 5. lat choruje na płuca, rok w rok spędza lato w Reinerz na Śląsku pruskim, ale stan coraz więcej się pogarsza i chora coraz więcej chudnie.

Dokładne badanie całego ustroju kazało domyślać się podstawy kiłowej tak cierpienia płucnego mocno rozwiniętego, jako też i porażenia odwodzącego, a dalsze badanie pod tym względem męża chorej tylko potwierdzić mogło słuszność przypuszczenia. Leczenie wcierkami bardzo korzystnie na cierpienie jedno i drugie wpłynęło. Chora już więcej nie potrzebowała szukać ulgi dla cierpienia płuc w zdrojowiskach i wkrótce nietylko odzyskała zdrowie, ale znacznie przytyła, i do dziś wolną jest od nawrotów. *W.*

2. Allgemeiner aerztlicher Verein w Kolonii. Na posiedzeniu 12. grudnia z. r. mówił Dr. Proebsting *o nagłem zaniewidzeniu w następstwie ubytków krwi.*

Zaznaczywszy objawy kliniczne zaniewidzenia lub niedowidzenia po utratach krwi, zwłaszcza przez krwiotoki żołądkowe, lub też połogowe, przechodzi do oznaczenia znanych teoryi, mających objawy oczne tłomaczyć: a słusznie przyznaje, że żadna z dotychczasowych teoryi nie zupełnie rzecz tłomaczy. Badanie anatomiczne w jednym przypadku Hirschberga stwierdziło zanik nerwów wzrokowych, sięgający aż do skrzyżowania się nerwów; w innym przypadku, przez Zieglera badanym, stwierdzono stłuszczenie nerwu i siatkówki; Ziegler tłomaczył to stłuszczenie miejscową ischaemią, w następstwie miejscowych skurczów naczyń pochodzenia mózgowego. Dla wytłomaczenia tego kurczu przypomina prelegent doświadczenia Lusanny, Ebsteina i Brown-Séquarda, wykazujące bezpośrednią zależność naczyń żołądka i kiszek od pewnych części mózgu. Obrażenia tych części, a zwłaszcza przednich wzgórków czworaczych, wzgórków wzrokowych (thalamus opticus), wywołać mogą liczne wynaczynienia błony śluzowej żołądka i jelita grubego, co tłomaczy się nagłym kurczem małych tętnic i żył w odpowiednich miejscach przewodu pokarmowego.

Może naodwrót krwiotoki narządów klatki piersiowej i brzucha wywołują kurcz naczyń mózgu.

Dr. Huismann nie zgadza się na teoryę działania zwrotnego, nie może bowiem sobie tego wytłomaczyć, jakby kurcz mógł się tak długo utrzymać, by trwałe sprowadzić zaburzenia, gdy wiadomo, że po kurczu wnet następuje rozkurcz, czyli zwolnienie. Przyjmuje on raczej wodnicę (hydraemię) mózgu, jako przyczynę braku dostatecznego odżywienia nerwów wzrokowych.

Proebsting odpowiada na to, że krwiotoki są często bardzo nieznaczne, dlatego nie można w takich razach ani o anemii, ani o hydraemii mówić, a z drugiej strony musiałyby te objawy daleko częściej występywać przy i po operacyach, połączonych ze znacznym ubytkiem krwi, czego się jednak nie widuje.

Leichtenstern przypomina, że przy tak zwanej samoistnie anemii i przy anemii wskutek botriocephalus, nawet krótkotrwająca niedokrewność wywołuje zwyrodnienie tylnych powrozów mlecza, podobnie jak przy tabes, jak to Lichtheim, Minnich i inni stwierdzili. L. chciałby odpowiednio tłomaczyć zwyrodnienie nerwów wzrokowych, względnie ośrodków wzrokowych przy anemii po krwiotokach żołądkowych i innych. Jeżeli zaś zwyrodnienie to następuje względnie rzadko, to tłomaczyć sobie można okoliczność tę tylko niezbyt często objawiającą się osobistą wrażliwością nerwów wzrokowych (»Muench. med. Wochenschrift«. 1899. Nr. 3).

W.

3. Aerztl. Verein w Gryfyi. Posiedzenie 3-go grudnia 1898 r.

Hochheim mówił na podstawie przedstawionego przypadku o *gruźlicy spojówki*. Chory 76-cioletni, zawsze przedtem zdrów, ani co do kiły, ani też co do gruźlicy dziedzicznością niedotknięty, dostał zapalenia lewego oka, rzekomo po nagryzieniu kości ostrej. Oko to czerwieniło się, bywało z rana zalepione, ale niebolesne. W chwili przedstawienia chorego stwierdzić było można, co następuje: Lewego oka obie powieki lekko czerwone, nabrzmiałe, u dolnej powieki brak rzęsów, lekkie odwinięcie obu powiek. Wewnętrzny kącik zajęty wrzodem, pokrytym ziarniną. Mięska brak. Cała spojówka powiek pokryta granulacyami, które przybrzeżną część zniszczyły. U obu powiek w bliskości kącika zewnętrznego wrzodzik płytki. Spojówka gałki lekko chemotyczna, różowa, po stronie nosa szeroko zajęta guzem, który się daje wyczuć także dołem i zewnątrz pod spojówką i przedstawia się twardym, tak samo jak i spojówka powiek. Rogówka w całości wskutek rozlanego zmętnienia i małych nacieków nieprzezroczysta, a z wszystkich stron powierzchowne naczynia na nią zachodzą. Gałka nieco wystająca w poruszeniach swych tylko ku dołowi upośledzona. Gruczoły *przyuszne* i *podszczękowe nienabrzmiałe.* Wzrok przy E. = $^1/_3$.

Wiek, brak nabrzmienia gruczołów, brak etyologicznych danych przemawiał za rakiem, *przeciw gruźlicy* zaś wiek. Zestawienie, dokonane przez Eyrego[1]), wykazuje dla gruźlicy spojówki wiek od 10 miesięcy do 30 lat.

Wrzody tuberkuliczne, usadowione, tak samo jak syfilityczne, zwykle na brzegu powiek, mają postać krateru, a spód wygląda serowato. Tutaj usadowienie ich odmienne, a także i znamię spodu wrzodu niezwykłe. Brak nabrzmienia gruczołów przyusznych, częściej przy

---

[1]) »Annales d'ocul.« t. 118, str. 120.

raku, aniżeli przy gruźlicy zachodzący, także przeciw gruźlicy do pewnego stopnia przemawia. Tak więc stawiono rozpoznanie: rak spojówkowy. Tymczasem wycięty kawałek z guza podspojówkowego wykazał typowy gruzełek ze środkowem zserowaceniem i olbrzymiemi komórkami.

Wynik badania barwieniem na prątki tuberkuliczne był dodatni, a także przeszczepienie królikowi do przedniej komórki było skuteczne. Tak więc w tym przypadku kliniczny obraz bynajmniej nie składał się w całość z wynikiem badań histologiczno-bakteryologicznych i doświadczalnych. Prelegent zwraca jeszcze uwagę na trudność rozpoznania różniczkowego pod względem klinicznym a histologicznym. Lubo zazwyczaj badanie histologiczne wystarcza do postawienia rozpoznania gruźlicy, to jednak zachodzić mogą wyjątki, gdzie ono nie wystarcza wobec tego, że i późne kiłowe guzy i wrzody mogą mieć budowę histologiczną zupełnie do gruźliczej podobną, a tylko równoczesne stwierdzenie obecności prątków gruźliczych może rozpoznanie histologiczne upewnić, gdy zaś badanie na prątki wyniku nie daje, doświadczenie na zwierzęciu zastąpić je winno. Przypadek przez Mitvalsky'ego podany poucza nas, że przy braku znamion klinicznego obrazu, histologicznych danych, a nawet i barwienia prątków Kocha, dopiero przeszczepienie tkanki chorej do oka królika może obecność gruźlicy wykazać.

Co do pochodzenia gruźlicy w przypadku przedstawionym, to H. sądzi, że, jak w innych podobnych przypadkach, jest ona pierwotna, pozaustrojowa (ektogene Inf.). Następowa zaś w ciągłości może się rozwinąć z gałki[1]). Prelegent sądzi, że powstawanie zapalenia gruźliczego spojówki na drodze przerzutowej winno jeszcze być wyjaśnionem. Choremu, przez prelegenta przedstawionemu, wyłuszczono i spojówkę zajętą i całą gałkę, by go uchronić od dalszych następstw. Z uwagi, dołączonej do referatu, umieszczonego w »Deutsch. med. Wochenschrift«. Nr. 3. 1899, dowiadujemy się nadto, że ropa pochodząca z p. k. królika szczepionego, wydała na surowicy prątki gruźlicze czystej hodowli. *W.*

V. LECZNICTWO.

7. Protargol. Wobec niedostatecznie przez wielu praktyków cenionych lub przecenianych własności, zaznaczamy, że, według naszego

[1]) Także i z worka łzowego, jak przypadek w niniejszym numerze »Postępu« przez Dr. Strzemińskiego opisany nas przekonuje, a także sami takie przypadki widywaliśmy.

doświadczenia, a także innych, głównie doskonale działa protargol przeciw zapaleniom rzeżączkowym spojówki, ostrym zapaleniom spojówki, nagminnie występującym, a dalej przeciw rzeżączce worka łzowego (dakryocystoblennorrhoea). — Gdy zapalenia rzeżączkowe straciły swój charakter swoisty, t. j. ropny, wypada koniecznie przejść do środków ściągających, których to własności protargol nie posiada i dlatego w działaniu saletrzanowi srebra nie dorównuje. Własności protargolu, przez nas swego czasu z pewnem ograniczeniem podniesione, a w ciągu dalszych bardzo licznych doświadczeń stwierdzone, i inni poważni autorzy potwierdzili: zaś tacy, którzy pragnęliby mu przypisać, do czego tak skłonni jesteśmy, doświadczając nowego środka i znajdując w nim pewne dodatnie własności, zbyt wiele zalet, przyznają skromnie, że jednak w tych a tych cierpieniach trzeba było uciec się do arg. nitr., do cynku i t. d. I tak Cheney-Boston („Med. and. Surgical Journal“. Nr. 51. 1898.) powiada, że protargolu używał w pięćdziesięciu trzech przypadkach conj. catarrh. acuta, że wprawdzie widywał dobre skutki, ale jednak leczenie było powolne, a nawet nieraz zniewolony był uciec się do zinc. sulf. z kwasem borowym. Według nas już samo swoiste działanie protargolu na dwoinki Neisser'owskie zapewnia protargolowi w skarbcu naszym lekowym niepospolite znaczenie.

Zaznaczamy dalej, że protargol, podobnie jak saletrzan srebra, lecz w mniejszym stopniu, zabarwia tkankę tak żywą jak i martwą. Płateczki płócienne, maczane w 2—5 procentowym protargolu, wystawiane przez nas na działanie światła, po kilkogodzinnem działaniu światła słonecznego zabarwiały się ciemno-brunatno, a barwa ta nie dawała się zmyć. Lubo sami na oczach srebrzycy po protargolu nie spostrzegaliśmy, bacząc zawsze na to, by „nie tylko suchą watą ale i wodą“ lub rozczynem borowym oczy spłukiwać, to jednak może ona przy nieostrożnem stosowaniu wystąpić, jak tego doświadczył Denig (Argyrosis of the conjunctiva the result of Protargol. „The Med. Times and Register“ 24 sept. 1898) u chorego, który z własnego popędu przez 4 miesiące stosował 5 procentowy protargol przeciw przyostremu zapaleniu spojówki. Powstała w tym przypadku argyrosis załamków przejściowych, jak po stosowaniu saletrzanu srebra.

8. **Miesaki nie dające się operować**, leczone mięszanką toksyn róży i bacillus prodigiosus, zachwala Coley, podając wynik doświadczeń swych w 140 przypadkach. Kokki róży i bac. prod. wyhodowuje w tym samym bulionie, a następnie wyjaławia rozgrzaniem hodowli do 58,6. U dzieci i słabych osobników używa hodowli przesączonych, których własność trująca do nieprzesączonych stoi w stosunku 1:10, a nawet 15. Początkowo zastrzykiwano 0,32 sześc. cm. Wpływ zastrzykiwań toksyn ma polegać na szybko postępującej martwicy wskutek ścinania się tkanki i zwyrodnienia tłuszczowego. Niebezpieczeństwo powstać może tylko w razie zastosowania zbyt wielkich dawek albo nieprzestrzegania czystości („Journal of the med. assoc.“ 27/8. 1898).

9. **Airol** zachwala Dr. Bonivento przeciw wrzodom rogówkowym, połączonym z opadem ropnym (hypopyon). W 36 przypadkach

udało się wrzody wyleczyć i opad ropny do wessania spowodować. W ten sposób operacyjne usuwanie ropy z przedniej komórki, czy to sposobem Saemischa, czy też przez proste nakłucie rogówki, byłoby zbytecznem. Airol zasypuje się do worka spojówkowego. Proszek airolowy, bezwonny i nietrujący, nie drażni, zdaniem autora, oka i posiada potrzebne własności do pokonania zapalenia ropnego rogówki, jako dzielny czynnik odkażający, a nie wpływający szkodliwie na rogówkę („Klin. therap. Wochenschrift". 1898. 50—52).

Także Dr. Boncristiani („Supl. al. polikl." Nr. 47. 1898.) poleca airol przy ranach, wrzodach wątłych, wypryskach ślimaczących, zapaleniach spojówki.

Dalej H. Tausig („W. Med. Presse" 45. 1898.) zachwala ten środek przy zapaleniu pryszczykowem spojówki i rogówki.

10. Żelatyna jako środek zapobiegający krwawieniu w chirurgii. Jabulay zastrzykuje przed każdym chirurgicznym występem podskórnie w okolicę pola operacyjnego 200 gr. rozczynu: 2,5 żelatyny na 100 gr. fizyolog. rozczynu soli, a w ten sposób zdołał mięsaki sutkowe i wole operować bez podwiązywania naczyń lub stosowania uciskających kleszczy. Niewątpliwie i w niejednej operacyi ocznej, zwłaszcza na powiekach, możnaby z tego sposobu, powstrzymującego krwawienie, korzystać („La sem. med." 1898. Nr. 56.).

11. Papier sublimatowy wyrabia aptekarz Stern w Wrocławiu. Wyrób ten składa się z papieru przesączającego, 4 cm. szerokiego, 10 cm. długiego, napojonego 1. gr. sublimatu, 0,2 gr. soli kuchennej i czerwonym barwikiem. Zalety papieru wobec używanych zazwyczaj pastylek mają polegać na tem, że przez pośrednictwo papieru rozpuszczalność sublimatu w wodzie staje się łatwiejszą, że unika się pomyłek, zachodzących przy pastylkach, branych za pastylki do wewnętrznego użycia, że lekarz dowolną część grama sam przez podział papieru może łatwo zastosować. Dalej zachwala Stern łatwość przenoszenia środka w kopertach i trwałość jego („Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Augen". Nr. 18. 1899).

12. Leczenie choroby Basedowa. Wysadzenie gałki (exophthalmus) u 55 l. chorej trwało od lat 10. Gdy szyja stawała się coraz grubszą, a serce silniej i częściej uderzało, pojawiły się bóle głowy, wystąpienie gałek, obniżenie wzroku, drżenie psychiczne, przygnębienie. Ponieważ leczenie wewnętrzne żadnego nie odnosiło skutku, przystąpił Dr. Libotte do galwanizowania. Szeroką katodę, zgiętą półwalcowato przystosował na szyję, względnie na wole, anodę, nieco mniejszą, również szeroką, na kark. W pierwszych dwóch dniach stosował 10 MA., później 20 i stopniowo aż do 30 MA., i to przez 30 minut. Obok tego używał poleconego przez Vigoroux faradyzowania mięśni ocznych, nerwu sympatycznego i okolicy serca. Po 10 dniowem leczeniu chora wolną była od drżenia, palpitacyi, oczy mniej były wystające, a usposobienie ogólne nadzwyczaj się podniosło. Nie mniej i wole się zmniejszyło w sposób widoczny. Po 8. tygodniach powróciła chora rzekomo do zupełnego zdrowia. Skutek przypisuje L. silnym prądom elektrycznym („Zeitschrift für Elektroter. u. aerztl. Elektrotechnik". 1899. I.). *IV.*

VI. ROZMAITOŚCI.

Badanie krwi w przypadkach ogólnej świeżej kiły. Wyniki takich badań podał Dr. Calderone w Accademia Peloritana, 30 list z. r., streszczając je jak następuje: W świeżych przypadkach kiły ogólnej z wtórorzędnymi objawami ilość czerwonych krwinek widocznie zmniejsza się, zawartość hemoglobiny wzmaga się, ilość białych krwinek jako też ich ruchliwość podnosi się. Alkaliczność krwi, odporność czerwonych krwinek i własność trująca surowicy pozostają niezmienione. Rtęć, zastosowana jako lek, podnosi barwik krwi, zmniejsza ilość leukocytów. W dawkach zaś trujących rtęć niszczy komórki krwi, zwłaszcza białe, których biologiczna czynność zmniejsza się, pociągając za sobą ciężkie zaburzenia anatomiczne.

Rtęć w dwojaki sposób może wpływać dodatnio na jad kiłowy: najprzód przez zmianę wytworów, powstałych wskutek podrażnienia jadem kiłowym w ciele, a powtóre przez zniesienie jadu kiłowego, który po wprowadzeniu rtęci do ustroju nie znajduje w nim korzystnych do rozwoju warunków, za czem przemawia pomnażanie się czerwonych krwinek i wzmagająca się ruchliwość białych pod wpływem działania rtęci („W. Med. Wochenschrift“. Nr. 4. 1899).

Zeskórnienie nabłonkowe (xerosis epithelialis) Alessandro podaje na temże posiedzeniu akademii wyniki swych spostrzeżeń i badań, czynionych w kierunku pochodzenia tego objawu patologicznego. U dziewczęcia dotkniętego zeskórnieniem wykrył prątek, który pod względem morfologicznym, biologicznym i zachowania się hodowli odpowiada prątkowi xerobacillus. Zaszczepienie tego prątka królikom, świnkom morskim i gołębiom było dodatnie, ale nie udawało się wytworzyć obrazu klinicznego zeskórnienia (xerosis). Mimo to przypisuje temu prątkowi swoisto chorobotwórcze działanie.

Prątek miękkiego wrzodu (szankra). Lungletowi udało się wyhodować prątek Dureya. Zaszczepienie hodowli wywoływało typowy wrzód, a zaszczepianie z niego znowu dawało doskonałe okazy tego samego prątka, dającego się zabarwiać wszelkimi sposobami znanymi, z wyjątkiem sposobu Grama.

Prątkiem tym jest streptobacillus, $\frac{1}{2}$ do 2 μ długi, a $\frac{1}{2}$ μ szeroki.

Hodowla udaje się tylko na skórze ludzkiej, w odpowiedni sposób przez Langleta przysposobionej, nie udaje się zaś na żadnej innej pożywce, ani też przez zaszczepienie w otrzewnę, spojówkę, albo pod skórę („Société de Dermato- et syphilographie“. Nr. 10. 1898.).

Szkodliwe na oko działanie chrysorobiny. Chrysorobina a więcej jeszcze pyrogallol, używane ze skutkiem przeciw łuszczycy (psoriasis), mogą, nie tylko wprost dostając się do oka przy nieostrożnem zachowaniu się chorych, ale także przez ogólne zatrucie szkodliwie działać na oko. Przypadek takiego połączonego niekorzystnego działania na oko opisuje Dr. Linde w Lubece. Chory, leczony dla łuszczycy

maścią Goa w stosunku 1:8, a później 1:4, już po 18 dniach przedstawiał znaczne zmiany na oczach, a mianowicie na prawem oku wystąpiło sine przekrwienie spojówki i nabrzmienie, rogówka wyglądu mlecznego w obrębie szpary przedstawia ubytek nabłonka, 8 mm długi i 5 mm szeroki. Czułość rogówki znacznie upośledzona. Lewego oka nabłonek rogówkowy zmacerowany, czucie obniżone. W obu oczach źrenice znacznie zwężone, nieruchome, tęczówka przekrwiona, brzeg rzęskowy niebiesko-czerwony. Wzrok znacznie obniżony. W moczu obfita ilość białka i czerwone krwinki z nielicznymi wałeczkami. Po odstawieniu maści i przy stosownem leczeniu ócz stan polepszył się, ale wzrok zawsze znacznie pozostał obniżonym wskutek plam, jakie na rogówkach się wytworzyły. Gdy wznowiono leczenie łuszczycy maścią chrysorobinową, stan ócz znowu się pogorszył.

Chrysorobina wprost na oko działa żrąco, przez wessanie działa pośrednio, a to działanie objawia się wąską źrenicą, nie dającą się nawet atropiną miejscowo zastosowaną rozszerzyć, dalej znieczuleniem rogówki, nastrzyknięciem naokołorogówkowem i chemicznemi własnościami moczu.

O heterochromii w stosunku do rozwoju zaćmy podaje Bistis z Konstantynopola ciekawe szczegóły: Wiadomo, że barwa tęczówki zależną jest od barwiku podścieliskowego i od barwiku siatkówkowego. Stosunek obu barwików ważną odgrywa przy tem rolę. Im mniej barwiku podścieliskowego, tem więcej przebija barwik siatkówkowy, a tęczówka przedstawia się wtenczas niebieskawą, lub nawet, jak u dzieci, u których podścieliskowy barwik dopiero później się rozwija, zupełnie niebieską. Niekiedy dalszy rozwój barwiku podścieliskowego może doznać pewnego upośledzenia wskutek niedorozwoju i objawia się rozmaitem ubarwieniem obu ócz, czyli heterochromią. Otóż Malgat ogłosił w r. 1895 w Rec. d'ophtalm. ośm przypadków, w których przy heterochromii oko niebieskie uległo zaćmie, a nowy przyczynek, mający związek przyczynowy pomiędzy rożnem ubarwieniem ócz a zaćmą wykazać, podaje Bistis, przypuszczając, iż upośledzenie, powodujące odmienne zabarwienie tęczówki przez brak pigmentu podścieliskowego, może dać powód i do innych zmian w oku, a mianowicie do rozwoju zaćmy („Ctb. f. pr. Ahk.“, maj. 1898, str. 136). *W.*

Ochronne okulary dla kamieniarzy. Na posiedzeniu petersburskiego oftalmologicznego Towarzystwa d. 23 grudnia r. z. doc. Dołganow przedstawił nowy typ ochronnych okularów, Są to wielkie i grube szkła (5 centim. w średnicy i 4—5 mm. grubości), wstawione pochyło ku dołowi w metalową oprawę z cienką drucianą siatką u góry i na zewnątrz: od strony nosa i u dołu metalowa oprawa obciągnięta zamszą. Dla robotników, zmuszonych patrzeć w górę, oprawa zmienia się tak, że szkła pochylają się ku górze, a drucianą siatkę umieszcza się ze strony skroniowej i u dołu. Szkła mogą być wyjęte z oprawy i zastąpione innemi. Ważą 40—60 grm., ciężkość ich mało się odczuwa, albowiem opierają się nie na nosie, lecz na czole i twarzy. Ponieważ szkła dość daleko odstają od oczu, przeto niełatwo się

zwilżają potem. Wyrabia je petersburski optyk Urlaub: kosztują pojedynczo 1 r. s. Zdaniem prof. Bellarminowa ochronne okulary typu Dołganowa przewyższają swemi zaletami inne. O ile sądzić można z protokołu, opatrzonego dopiskiem Dra Katz'a, p. Dołganowowi nieznane były ochronne okulary Hillemanus'a (1896), z korzyścią używane przez kamieniarzy nad Renem, osobliwie w Holandyi (do nabycia u Olland'a w Utrechcie). *Dr. J. T.*

Woda święcona pod względem hygienicznym. Wiadomo już skądinąd, iż woda święcona w kościołach, nieraz rzadko odmieniana, a służąca do maczania w niej palców tak zdrowym, jako też chorym, tak czystym rękom, jako też bardzo brudnym, — może być przenośnikiem rozmaitych chorób. Na kongresie hygienistów, jaki w październiku roku zeszłego odbył się Turynie, przedstawił Dr. Abba wynik swych badań, podjętych z wodą święconą 34 kościołów Turynu. We wszystkich przypadkach woda ta była mocno zanieczyszczoną. Przez zastrzykiwania tejże śródotrzewnowe zabijano morskie świnki, wywołując gruźlicę, — nadto stwierdził Dr. Abba rozliczne zapalenia ócz, przez pośrednictwo wody takiej powstałe. Sądzimy, że wobec tego winny zarządy kościołów uwzględniać zadanie hygieny. Odpowiadałyby celowi temu przyrządy, dozwalające maczać palce we wodzie, zamkniętej w naczyniu, nie dopuszczającem pyłu, a sączącej z niego słabym prądem do naczynia podstawionego, również zamkniętego, którego pokrywa środkowym małym otworkiem przepuszczałaby wodę odpływową. W ten sposób zapobiegałoby się zanieczyszczaniu wody święconej, a przez nią przenoszeniu chorobotwórczych drobnoustrojów za pośrednictwem rąk do naszego ustroju. *W.*

IX Zjazd chirurgów polskich zwołuje do Krakowa na pierwszą połowę lipca b. r. prezes zjazdów chir. polskich, prof. Rydygier.

Sądzimy, że i okulistów niejedna sprawa, na tych zjazdach poruszana, może bliżej obchodzić, gdyż i okulistyka należy do pokrewnych dziedzin umiejętności lekarskich — „Grenzgebiete“. Dlatego nie wątpimy, że w tym turnieju naukowym i bierny i czynny wziąć powinni udział także i okuliści.

Tegoroczny Zjazd francuskiego Towarzystwa okulistycznego „Société francaise d'opthalm“ odbędzie się, jak zwykle, w Paryżu.

Otwarcie Zjazdu nastąpi 1 maja. Referatu: „o usuwaniu przeźroczystej soczewki“ podjął się prof. Pflueger z Bernu.

Zgłoszenia odczytów przyjmuje aż do 15 marca jeneralny sekretarz Dr. Duboys de Lavigerie (Paris, 56 rue de la Victoire).

„Wiestnik Oftalmologii“, redagowany przez Prof. Chodina w Kijowie, skończył w grudniu z. r. 15. rok istnienia. Że ważną odgrywa rolę i spełnia znakomicie zadanie w rosyjskiej literaturze lekarskiej, krzewiąc zamiłowanie do naszej specyalności wśród rzeszy lekarskiej swego kraju, za tem przemawia coraz bogatsza treść tego okulistyce poświęconego pisma. Niechaj nam będzie wolno przy tej sposobności pracowitemu redaktorowi, Prof. Chodinowi, przesłać

życzenia, by 25-cioletni jubileusz jego pisma zastał go zawsze pełnego zapału dla nauki i sztuki okulistycznej. *W.*

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr. Baas, docent prywatny we Fryburgu w Br., mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Współpracownik nasz dr. Bujwid, prof. nadzwyczajny, mianowany został profesorem zwyczajnym hygieny przy uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

VIII. LISTY OTWARTE.

Lwów. Otwarcie kliniki okulistycznej na nowo utworzonym wydziale lekarskim Uniwersytetu lwowskiego odbyło się dnia 25 z. m. Prof. Dr. Machek wyłożył rzecz: „o wpływie nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki. Po wykładzie zwiedzono nowo urządzoną klinikę, która ma po 20 łóżek dla mężczyzn i dla kobiet. Część przeznaczona do celów teoretyczno-naukowych jest oddzieloną od części, w której są pomieszczeni chorzy. Urządzono klinikę, o ile to było można, odpowiednio do celu. Klinika bowiem jest umieszczona w zabudowaniu szpitalnem — uwzględniono wszędzie najnowsze wymogi nauki. Celem należytego oświetlenia wybito kilka wielkich szerokich okien kosztem kraju, oświetlenie jest gazowe w ubikacyach naukowych, elektryczne na oddziale chorych, na którym jest wielka sala operacyjna urządzona wzorowo, według najnowszych wymogów aseptyki. Na chorego przypada 36 m. sześc. powietrza, nie licząc wielkich ubocznych ubikacyi.

Z kliniką graniczy oddział okulistyczny szpitala krajowego, którego prymaryuszem jest także prof. Machek, urządzony na 60 łóżek, w ten sposób klinika właściwie rozporządza 100 łóżkami.

Wykłady rozpoczął prof. Machek z początkiem półrocza, z powodu niewykończonych robót w klinice, na oddziale ocznym szpitala krajowego. Pierwszym asystentem kliniki jest Dr. Adam Bednarski, drugim Dr. Jan Kreutz. Zastępcą Prof. Macheka na oddziale ocznym jest Dr. Adam Szulisławski.

Omyłki drukarskie i inne.

Na str. 21 Nru 1 zam. Dr. Legal czyt. Segal.
„ „ 47: Junge zmarł nie w Petersburgu, lecz w Krymie.

Treść „Wiestnika Oftalmologii", redagowanego w Kijowie przez Prof. Dr. Chodina, książka za styczeń i luty b. r.

1) *O etyologii i leczeniu cierpień dróg łzowych,* Dr. Cahna z Rygi (praca będzie streszczona).
2) *O nałożeniu szwu na przenikające rany gałki ocznej,* Dra J. Ginsburg'a, z Woroneża (będzie streszczona).
3) *Porażenie n. odwodzącego wskutek ostrego błonicowego zapalenia kanału słuchowego tejże strony,* Spostrzeżenie Dra E. Szymańskiego, z Kurska. Pacyent wyzdrowiał.
4) *Wypadek irido-kyklitis zimniczego pochodzenia,* Dra Kirkorowa, w Kiszyniewie.
5) *120 operacyj zaćmy z ziemskiej praktyki,* podał Dr Apraksin z Niżnego Nowogrodu. Operował z irydektomią. Ani jaglica, ani lagophthalmus nie stanowiły przeciwskazania do operacyi. Wrazie powikłania dacryocystitis radzi worek łzowy poprzednio wyłuszczyć.
6) *Sprawozdanie ocznego szpitala Popowych w Kijowie* za r. 1897, podał Dr. M. Kozłowski. Ambulatoryjnie leczono 3459 chorych, stale 604, wszystkich 4063: ekstrakcyi zrobiono 205, irydektomii 117, oper. ectropion, entropion i trichiasis 122.
7) *Sprawozdanie z prywatnej lecznicy w Osadzie Melekessa w gub. samarskiej,* Dra Sirotkina. Lecznica na 7 łóżek, z których 5 przeznaczono dla ocznych i 2 dla terap. chorych. W ciągu przeszło półtora roku ocznych chorych leczono 1244, z nich 167 stale. Ekstrakcyi wykonano 30, z nich 26 z irydektomią. Jodoformu wcale nie używa, korzystając z roztworu sublimatu. *Dr. J. T.*

Konkurs na nagrodę Dr. Jonatana Warschauera.

Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na nagrodę, ustanowioną przez Dra Jonatana Warschauera, wyznaczając na temat pracy konkursowej:

„Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń".

»Praca konkursowa ma zawierać zwięzły zarys historyczno-krytyczny organoterapii, oraz własne doświadczenia autora. Nie wymaga się jednak, żeby doświadczenia autora obejmowały wszystkie dotychczas znane środki; owszem, autor może opracować dokładnie tylko jeden, bądź już znany, bądź też zupełnie nowy środek«.

Nagroda konkursowa wynosi 1200 złr. w. a.

Prace konkursowe należy nadsyłać bezimiennie do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 31. grudnia 1900 r., z dołączeniem koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko i adres autora. Rękopis pracy i koperta mają być zaopatrzone tem samem godłem.

Akademia ogłosi rozstrzygnięcie konkursu na posiedzeniu publicznem w maju 1901. r., a wypłaci nagrodę po złożeniu już wydrukowanej pracy w rocznicę zgonu Dr. J. Warschauera, to jest 10. listopada.

W Krakowie, dnia 10. lutego 1899.

Sekretarz generalny: ***St. Smolka.***

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.

Ogłoszenia.